

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**Estrategias de afrontamiento y nivel de depresión en  
usuarios con tuberculosis de la Micro red Hualmay, 2017**

**Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería**

**Autora:**

**Trinidad Espinoza, Negumi Xiomara**

**Asesor:**

**Lic. Manuel Pimentel Abrigo**

**Huacho – Perú**

**2017**

### **PALABRAS CLAVE**

<b>TEMA</b>	Tuberculosis
<b>ESPECIALIDAD</b>	Enfermería

### **KEY WORDS**

<b>THEME</b>	Tuberculosis
<b>SPECIALTY</b>	Nursing

**Línea de investigación:** Salud Mental (02020002) - Área de Enfoque Preventivo Promocional del Cuidado Enfermero de la Salud Mental Individual y Colectiva

**Research line:** Mental Health (02020002) - Area of Promotional Preventive Approach of Individual and Collective Mental Health Nursing Care

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme fortaleza y confianza en mí en todo este arduo camino de estudios. A mi padre y hermano, por todo el apoyo incondicional y amor que me brindan en cada momento de mi vida, a mis abuelos (as), y en especial a la memoria de mi madre Zoila Espinoza Mejía.

## **AGRADECIMIENTO**

A la universidad San Pedro y los docentes, quienes nos brindaron una formación académica de calidad, y en especial a nuestro asesor Manuel Pimentel Abrigo por los conocimientos transmitidos y la orientación brindada en la elaboración del presente estudio.

A la Micro red Hualmay, de los diferentes Centros y Puestos de Salud, por brindarme su apoyo en la recolección de los datos. En especial a las personas que generosamente colaboraron en el llenado de las encuestas.

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA,  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DE  
TEXTO COMPLETO.**

HUACHO, 16 DE DICIEMBRE DEL 2017

BIBLIOTECA CENTRAL

ESTIMADOS SEÑORES

Trinidad Espinoza Negumi Xiomara, identificada con código de alumno N° 1611100322, autora del presente estudio de pregrado titulado "Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017", con el fin de optar el título profesional de licenciado en enfermería, bajo la norma peruana que regula los derechos de la persona natural que realiza la creación intelectual autor en el Decreto Legislativo 822. Ley Sobre el Derecho de Autor Artículo 2. - El derecho de propiedad intelectual sobre las obras protegidas en esta ley, autorizo a la biblioteca general de la Universidad San Pedro.

Permita la consulta del contenido del presente trabajo de pre grado en la página web de la facultad de la biblioteca general y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad, para su reproducción total o parcial y publicación electrónica del texto completo de la presente investigación para fines académicos a usuarios interesados ya sea en formato de CD - ROM o digital, desde internet, intranet; y así permita mostrar al mundo la producción intelectual de la Universidad San Pedro, a través de la visibilidad de la presente investigación.

---

Trinidad Espinoza Negumi Xiomara

DNI: 74599583

## **PRESENTACIÓN**

Dando cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la facultad de ciencias de la salud de la universidad San Pedro, tengo el agrado de presentar al jurado evaluador, a la comunidad universitaria y científica los resultados correspondientes a la investigación titulada: Estrategias de afrontamiento y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red Hualmay-2017.

El siguiente estudio está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: La introducción donde se incluye los antecedentes y fundamentación científica, justificación de la investigación, el problema, marco referencial subdividido en marco teórico -conceptual, definición operacional, área de estudio, hipótesis y objetivos.

Capítulo II: Metodología del trabajo, donde se presenta el tipo y diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimiento de recolección de datos.

Capítulo III: Se consideran los resultados, que incluye el análisis y la Discusión.

Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
TÍTULO.....	i
PALABRAS CLAVE Y LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DERECHO DE AUTORA.....	v
PRESENTACIÓN.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESÚMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	
2.1 Tipo y diseño de la investigación.....	17
2.2 Población y muestra.....	18
2.3 Técnica e instrumento de investigación.....	20
2.4 Procedimiento de recolección de datos.....	22
2.4 Procesamiento y Análisis de la información.....	23
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
3.1 Análisis.....	24
3.2 Discusión.....	32

## CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.....	40
4.2 Recomendaciones.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.....	42
ANEXOS.....	46



## ÍNDICE DE TABLA

**Pág.**

**TABLA 1:**

Estilos de estrategia de afrontamiento centrado en el problema y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis

de la Micro red –Hualmay, 2017. 24

**TABLA 2:**

Estilos de estrategia de afrontamiento centrado en la emoción y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis

de la Micro red –Hualmay, 2017. 26

**TABLA 3:**

Estilos de afrontamiento evitativo y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red –

Hualmay, 2017. 28

**TABLA 4:**

Estilos de estrategia de afrontamiento y el Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la

Micro red –Hualmay, 2017. 30

**TABLA 11:**

Estilos de estrategia de afrontamiento centrado en el problema y

Edad en usuarios con tuberculosis

de la Micro red –Hualmay,2017.

83

**TABLA 12:**

Estilos de Estrategia de afrontamiento centrado

en la emoción y Edad en usuarios con tuberculosis de la

Micro red –Hualmay, 2017.

85

**TABLA 13:**

Estilos de afrontamiento evitativo y Edad en usuarios

con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

87

**TABLA 14:**

Género y Nivel de depresión en usuarios con

tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

89

**TABLA 15:**

Convivencia Familiar y Nivel de depresión en

usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

91

**TABLA 16:**

Ocupación y Estilos de estrategia de afrontamiento  
centrado en el problema en usuarios con tuberculosis  
de la Micro red –Hualmay, 2017.

93

**TABLA 17:**

Ocupación y Estilos de estrategia de afrontamiento  
centrado en la emoción en usuarios con tuberculosis  
de la Micro red –Hualmay, 2017.

95

**TABLA 18:**

Ocupación y Estilos de estrategias de afrontamiento  
evitativo en usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

97

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO 1:</b>	
Estilos de estrategia de afrontamiento centrado en el problema y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.	25
<b>GRÁFICO 2:</b>	
Estilos de estrategia de afrontamiento centrado en la emoción y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.	27
<b>GRÁFICO 3:</b>	
Estilos de estrategia de afrontamiento evitativo y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.	29
<b>GRÁFICO 4:</b>	
Estilos de estrategia de afrontamiento y el Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.	31

**GRÁFICO 11:**

Estilos de estrategia de afrontamiento centrado  
en el problema y Edad en usuarios con tuberculosis  
de la Micro red –Hualmay,2017.

84

**GRÁFICO 12:**

Estilos de Estrategia de afrontamiento centrado  
en la emoción y Edad en usuarios con tuberculosis  
de la Micro red –Hualmay, 2017.

86

**GRÁFICO 13:**

Estilos de afrontamiento evitativo y Edad en  
usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

88

**GRÁFICO 14:**

Género y Nivel de depresión en usuarios con  
tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

90

**GRÁFICO 15:**

Convivencia Familiar y Nivel de depresión en  
usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

92

**GRÁFICO 16:**

Ocupación y Estilos de estrategia de afrontamiento  
centrado en el problema en usuarios con tuberculosis  
de la Micro red –Hualmay, 2017.

94

**GRÁFICO 17:**

Ocupación y Estilos de estrategia de afrontamiento  
centrado en la emoción en usuarios con tuberculosis  
de la Micro red –Hualmay, 2017.

96

**GRÁFICO 18:**

Ocupación y Estilos de estrategias de afrontamiento  
evitativo en usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

98

## **Resumen**

Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Depresión en Usuarios con Tuberculosis de la Micro red –Hualmay ,2017

Negumi Trinidad Espinoza

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de estrategia de afrontamiento y nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017. Por lo cual se adoptó el modelo teórico de Betty Neumann y Aron Beck, estudio de tipo correlacional, diseño no experimental, con una población conformada de 30 usuarios. La técnica de recolección de datos es la encuesta y el instrumento el cuestionario conformada por 28 ítems, en una escala tipo Likert que va del 1 a 4, en la que 1 es “casi nunca hago eso” y 4 es “casi siempre hago eso”, con puntuaciones intermedias 2 “a veces hago eso” y 3 “generalmente hago eso” del Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE Breve en su forma disposicional de Carver, para la segunda variable el Inventario de Beck, con 21 ítems con una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se utilizó como técnica de análisis la estadística inferencial y el coeficiente correlación de spearman para la prueba de hipótesis. Concluyendo que existe una relación directa  $\leq 0,8$  en los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión, en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

**Palabras clave:** Tuberculosis.

## **Abstract**

Coping Strategies and Level of Depression in Users with Tuberculosis of the Micro Network -Hualmay, 2017

Negumi Trinidad Espinoza

The objective of this study was to determine the relationship between coping strategy styles and level of depression in users with tuberculosis of the Micro network, Hualmay -2017. For this reason, the theoretical model of Betty Neumann and Aron Beck, a study of correlational type, non-experimental design, with a population of 30 users. The technique of data collection is the survey and the instrument the questionnaire consists of 28 items, on a Likert scale that goes from 1 to 4, in which 1 is "I almost never do that" and 4 is "I almost always do that ", With intermediate scores 2 " sometimes I do that "and 3" I usually do that "from the Coping Estimation Inventory COPE Brief in its dispositional form of Carver, for the second variable the Beck Inventory, with 21 items with an annotation that fluctuates between 0 and 3 points. The inferential statistics and the spearman correlation coefficient for the hypothesis test were used as the analysis technique. Concluding that there is a direct relationship  $\leq 0,8$  in coping strategy styles and the level of depression, in users with tuberculosis of the Micro network, Hualmay - 2017.

**Key words:** Tuberculosis.



## INTRODUCCION

En la indagación de antecedentes sobre afrontamiento y depresión se encontraron diversos estudios con distintas poblaciones donde damos prioridad a los usuarios con tuberculosis por ser una enfermedad infectocontagiosa que desde el momento de su diagnóstico tiene repercusiones en el estado anímico de las personas pasando por un proceso que va desde la negación hasta la aceptación. Los cuales pueden verse afectados por condiciones personales; como el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, comorbilidad y complicaciones que puedan surgir, por la ubicación del mycobacterium tuberculosis o del tipo de resistencia a los fármacos, y por parte del entorno se ve afectado por el soporte familiar, amical y personal de salud. Por ello fue importante investigar si existe alguna relación sobre estrategias de afrontamiento y nivel de depresión. Actualmente, a nivel nacional e internacional.

Obtuvimos la búsqueda a nivel nacional en poblaciones con enfermedades crónicas como (Alva, 2014) donde midió el nivel de información y las estrategias de afrontamiento y (Alarcón, 2014) menciona que las estrategias enfocadas a la emoción tienen mayor porcentaje. En Lima (Belito, 2014) y (Pillaca, 2013) refiere que los usuarios de tuberculosis utilizan las estrategias enfocadas al problema. En pacientes neurológicos como (Barreda, 2012) se encontró relación entre depresión y estilos de afrontamiento en el estilo evitativo, al sur del Perú como (Ramos, 2012) se encontró un estudio sobre que estrategias utilizan los familiares de pacientes con enfermedades mentales y ellos utilizan eventualmente más las enfocadas a la emoción. (Córdova, 2015) realizó un estudio sobre depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis donde no presentan depresión pero las estadísticas se encontraron por debajo del 33% y conservan un soporte social moderado.

A nivel internacional Balcázar (2015) en Chiapas se encontró un 94.7% que sufren de síntomas depresivos que tuvo relación al tipo de familia extensa, así demostrando ser un factor psicológico esencial en el género femenino con el 58.3%, por ser la mayor población en pacientes con tuberculosis. (Pezoa, 2012) tuvo un estudio con pacientes con trastorno depresivo mayor y tuberculosis con trastorno depresivo mayor donde tuvieron menor calidad de vida.

Sabiendo que la organización mundial de la salud (2017) refiere que la tuberculosis continúa siendo un problema global, mencionando que en el 2014 a nivel mundial se estimó que, 9.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.5 millones murieron a causa de esta enfermedad. Se estimó también que 480 mil personas desarrollaron tuberculosis multidrogoresistente por cepas mutantes que se han hecho resistentes a los fármacos más efectivos para curar la tuberculosis que son la isonizida y la rifampicina, y 190 mil murieron a causa de esta complicación. El mayor porcentaje de casos nuevos de tuberculosis se reportaron en los países de las regiones de Asia Sudoriental- Pacífico Occidental (58%) y África (28%). Para el año 2012 en América y el caribe se estimó una incidencia de tuberculosis de 29 casos por 100 mil habitantes clasificándolo en un escenario epidemiológico de mediano riesgo de transmisión, dos tercios de los casos nuevos tuvieron lugar en América del Sur con un 60% en cuatro países donde Perú está incluido con altas tasas de incidencia.

Perú que anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa donde tendremos problemas porque estas personas ya están diagnosticadas pero nunca han recibido tratamiento y si lo recibieron fue en menos de 30 días, y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, confirmando con baciloscopía (frotis) de esputo positivo. Es uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas, donde encontramos que los más afectados son los adolescentes y adultos mayores entre 15-54 años.

Relacionando la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15-29 años, cada año se suicidan cerca de 800 000 personas a causa de una depresión que afecta a más de

300 millones de personas, en donde la intensidad y duración de estos cambios de ánimos y respuestas emocionales se pueden ver afectados mentalmente y físicamente a través de síntomas o por cambios de conducta de la persona. El sistema de salud todavía no ha dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia la desigualdad entre la necesidad de tratamiento y el servicio que ofrecen es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.

Durante el internado periférico que mantuve por 4 meses en forma cotidiana, fui testigo del comportamiento o relación que mantiene el usuario de tuberculosis con la enfermera encargada de la estrategia sanitaria de control y prevención de tuberculosis donde el trabajo es enfocado en la vigilancia de la entrega y toma del medicamento, sin ningún interés del estado mental y físico del usuario de como está afrontando el tratamiento farmacológico ,y esto se vería reflejado con un factor de riesgo que es la demanda de responsabilidades de una enfermera en el primer nivel de atención .

Sin embargo nuestro rol , no solo debe ser la toma supervisada de medicamentos , sino también debemos enriquecer el poco tiempo que tenemos en observar las conductas o tratar de entablar una relación más optimista para el usuario , para seguir fortaleciendo la educación y sensibilización de su enfermedad , hasta llegar a la cura del tratamiento, ya que durante el transcurso pueden desencadenar otras enfermedades físicas y psicológicas, como la depresión que empiezan con cambios emocionales y conductuales que puedan perjudicar el progreso del tratamiento.

Ante todo lo expuesto se formuló la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe en los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro Red - Hualmay ,2017?

Esta investigación tuvo como propósito saber si existe relación con los estilos de estrategia de afrontamiento y nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro Red Hualmay, ya que cada persona adopta un estilo personal aprendida por vivencias o por percepción de la realidad, a diferencia de manifestaciones de carácter cognitivo, afectivo, somático y conductual que evidencia el malestar interior y la dificultad de la interacción con el entorno que experimenta la persona afectada de tuberculosis, se realizará mediante la vigilancia y toma de medicamentos con una buena empatía de enfermero a paciente.

Contribuyendo con la profesión de enfermería por ser un estudio relacionado a variables psicológicas; para orientar y guiar el rol del enfermero por ser el personal que tiene una relación más estrecha al ser responsables de la vigilancia de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis, coordinando con un equipo multidisciplinario, se debe identificar y fortalecer los conocimientos del enfermero en los distintos estilos de estrategia de afrontamiento porque interviene en la atención priorizada para cada paciente en poder minimizar consecuencias físicas, mentales y sociales con el fin de restablecer la salud del paciente culminando el tratamiento farmacológico.

Por lo tanto la investigación realizada se basó en modelos teóricos; donde priorizamos la teoría de sistemas, observaremos que el nivel de atención secundario toma como parte preventiva el diagnóstico para colaborar con un tratamiento teniendo como resultados positivos, en primer lugar comenzaremos con el estudio de contactos en el caso de tuberculosis, por haber puesto en estado de riesgo a las personas que a frecuentado, si se diera el caso igualmente en otra localización del organismo, igual llevará un tratamiento y brindaremos una educación para que como persona individual, familia o comunidad podamos prevenir consecuencias a largo plazo.

Como en el nivel de atención terciario, para después de tener éxito en el tratamiento sigamos inculcando el buen cuidado del estilo de vida y continúe con la reincorporación a la sociedad y ayudar a sensibilizar por la experiencia vivida que esta enfermedad es

curable. En la área psicológica nos habla sobre la enfermedad cuando es percibida como un problema que desde el momento de su diagnóstico ya empieza a transformar cambios constantes como físicos, emocionales, conductuales de la persona, pasando por un proceso que va desde la negación hasta la aceptación apoyándose a una inestabilidad en el ritmo de vida que arremeten su salud, en influencia con los síntomas, o características innatas del ser humano, que desempeña el propio organismo preparándose para los hechos o acontecimientos que generara una respuesta fisiológica a la situación problemática para poder medir el esfuerzo de adaptación.

Es preciso considerar que como enfermeros damos prioridad a satisfacer las distintas necesidades que afectan a nuestro paciente tanto como fisiológicas, psicológicas, sociológicas, de desarrollo y espirituales demostrando que el cuidado no solo interviene el paciente, también la familia y la comunidad para reforzar el estado de salud físico y mental y no llegar extremas consecuencias como la muerte, en preferencia se basa en cambiar la forma de entendimiento que tenemos de nosotros mismos contribuido por la influencia de una enfermedad.

Las afirmaciones teóricas están influenciadas por la enfermera en llevar una relación interpersonal con su paciente donde sería un recurso indispensable, ya que las personas tenemos distintas predisposiciones por ser una persona única, en modo de pensar, razonar y actuar que influye en su desarrollo personal y social, después de recibir toda la información de la enfermedad y el tratamiento dado, comienza a propiciar estrategias de afrontamiento, dentro de la vida personal de cada paciente encontramos como eje principal la familia, el estado civil por el afecto recibido hacia la persona, donde determinara habilidades para superar el problema en contraste con el tipo de familia, el trabajo que constituye es su aporte a la sociedad, todo un complemento para que el apoyo social se encuentre presente o ausente a influencia de un problema, para observar que cuando un miembro de la familia enferma, toda una familia se encuentra en calidad de riesgo.

Aarón Beck relata que tenemos dos principales problemas los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas para poder lograr nuestros objetivos, evaluando la percepción subjetiva de la realidad, ya que son manifestaciones propias de una depresión, evocando a pensamientos, ideas, interpretaciones que están en nuestra mente imaginando siempre lo negativo o malo y que lo malinterpretamos por la experiencia vivida aceptando una conducta establecida, donde la mente consiente e inconsciente determinan una decisión, acción, idea, costumbre, etc.

La persona mediante un proceso mental es capaz de crear una percepción de la realidad a corto y largo plazo, es notable poniéndolo en práctica en el día a día, se busca tener un equilibrio de nosotros, no solo debemos preocuparnos en cómo llegar a conseguir lo percibido e imaginado por nuestros sentidos, somos nosotros los que podemos comprender otra realidad de manera eficaz que existe más alternativas de construir una solución con estrategias que fortalezcan las debilidades de nuestra vida teniendo en cuenta a la persona como un todo para encontrar la satisfacción de nuestras necesidades.

Oblitas (2004) cita a Lazarus y Folkman (1986), y definen al afrontamiento como una forma de manejar el estrés con una finalidad adaptativa. Como expusimos antes, se ha definido de manera más precisa como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” e identificaron dos modos diferentes de afrontar el estrés, uno “dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar”, es decir, el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar”, es decir, el “afrontamiento dirigido al problema “y el “afrontamiento dirigido a la emoción.

Posteriormente, fue sistematizado y evaluado en ocho estrategias específicas, tres correspondientes al modo centrado en el problema (confrontación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de soluciones) y cinco, referidas al modo centrado en la emoción

(autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación).

Las investigaciones de los distintos tipos de afrontamiento se han centrado en señalar cuales estrategias resultan más eficaces, sus características funcionales, las consecuencias que acarrearán (por ejemplo, para la salud), sus aplicaciones específicas (por ejemplo, el ámbito laboral), las diferencias de género, sus relaciones con la personalidad y otras variables entre otros temas. Por ejemplo, hay coincidencia en la literatura con respecto al mayor uso de las mujeres de la búsqueda de apoyo social, probablemente porque cuentan con buenos recursos de verbalización y comunicación (Oblitas ,2004 cita a Soriano, 1994).

Oblitas (2004), considera las estrategias funcionales las orientadas a focalizarse en el problema la búsqueda de soluciones y , de apoyo social , el autocontrol , la reestructuración positiva , el afrontamiento activo, la planificación, el optimismo, el buen humor y otras por el estilo, en tanto se estiman disfuncionales la autoinculpación , la negación ,el pesimismo, las conductas y pensamientos evasivos o de escape, como el consumo de sustancias, refugiarse en la fantasía o recurrir al pensamiento mágico, entre otras estrategias .

La investigación ha puesto de manifiesto que ciertas estrategias se emplean con mayor frecuencia (por ejemplo, autocontrol, escape-evitación y búsqueda de apoyo social), de acuerdo con cada cultura (Chan, 1994), más allá de la naturaleza de la amenaza implicada en la situación. No obstante, se debe considerar en cada caso cuales son los valores en juego, si lo afectado es la autoestima, probablemente se recurrirá a estrategias de confrontación, autocontrol, auto culpación, o escape-evitación, pero si está en peligro el bienestar de un ser querido, es probable que se empleen estrategias de confrontación, lo que hace muy difícil que se recurra al distanciamiento o escape - evitación.

Así mismo, si un sujeto percibe que una situación es susceptible de cambio, es posible que recurra a la búsqueda de soluciones, confrontación o reevaluación positiva, pero si por el contrario, se trata de una situación que no admite cambio (el fallecimiento de un ser querido), apelará a la aceptación y búsqueda de apoyo social, eventualmente podrá huir en la fantasía o la negación, pero es inadmisibles un afrontamiento de confrontación o de búsqueda de soluciones.

El afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de la vida estresantes y síntomas de enfermedad. El afrontamiento ayuda a actuar como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo, no se presentará dicho malestar, en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad (Solís y Vital, 2006 cita a Casaretto et al, 2003).

Barreda (2012) cita a Lazarus y Folkman (1986) y Carver, Scheier y Weintraub (1989), mencionando que los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son las que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por ejemplo, algunas personas tienden, casi de forma invariable, a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos. Una clasificación discrimina entre estilo de afrontamiento activo/pasivo-evitativo y adaptativo/desadaptativo.

Cuando la persona utiliza con regularidad ante situaciones estresantes, respuestas características se puede hablar del uso de estilos de afrontamiento. Los tres estilos de afrontamiento generales son los siguientes: El afrontamiento centrado en el problema: Consiste en la utilización de recursos dirigidos hacia sí mismo o hacia el ambiente, obteniendo información acerca de la mejor manera de modificar la situación problemática, para luego realizar las acciones pertinentes. Comprende las siguientes estrategias de afrontamiento dirigidos a modificar el estresor:



Afrontamiento activo: Se define como aquel proceso por el cual la persona ejecuta acciones directas, aumentando los esfuerzos necesarios destinados a evitar, apartar o disminuir los efectos negativos.

Planificación: implica el planeamiento mental que realiza el individuo, pensando en la manera de manejarse mediante la organización de estrategias de acción, los pasos a seguir y el establecimiento de la mejor forma de manejar el problema o estresor.

Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales es decir, buscar en los demás recursos materiales, tales como consejo, asistencia e información, con la finalidad de dar solución al problema.

El afrontamiento centrado en la emoción: tiene por objetivo regular las emociones que son activadas por el hecho percibido como amenazante, a partir de evaluaciones cognitivas que permiten revalorizar la amenaza modificando así las emociones y con ello, el significado de la relación estresante . Comprende las siguientes estrategias:

Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: Implica buscar, ya sea la comprensión de los demás, apoyo moral y empatía con el objetivo de mitigar la reacción emocional negativa.

Reinterpretación positiva y crecimiento: indica que en diversas ocasiones la persona evalúa el problema atribuyendo una relación positiva a la experiencia en sí misma o bien tomándola como un aprendizaje para el futuro.

La aceptación: Comprende dos aspectos durante el proceso de afrontamiento El primero se realiza en la fase de evaluación primaria cuando la persona admite la existencia de la situación estresante; el segundo aspecto se da durante la evaluación secundaria en donde, debido a que no se puede modificar tal estresor, se acepta convivir con él.

Acudir a la religión: se refiere a la tendencia a volcarse en la religión con la intención de mitigar la tensión existente en la situación problemática.

La negación, consiste en resistirse a creer que el estresor existe o tratar de pensar y actuar como si éste no fuera real.

Humor: Consiste en considerar la situación restándole importancia o aliviando su efecto crítico mediante el uso de bromas.

El estilo de afrontamiento evitativo: Se presenta cuando la persona se desentiende del manejo del estresor mental y conductualmente, ya que este interfiere en el logro de su objetivo, se muestra una conducta caracterizada por un insuficiente esfuerzo para controlar el conflicto y en el aspecto mental, la persona tiende a dispersar sus pensamientos, realizando una serie de actividades que no conllevan al manejo de la dificultad. La persona tenderá a desentenderse del estresor mediante los siguientes estilos de afronte específicos:

Enfocar y liberar emociones: Consiste en centrarse en las consecuencias emocionales desagradables experimentadas, expresándolas abiertamente.

Desentendimiento conductual: Implica aminorar los esfuerzos dirigidos hacia el estresor, abandonando las metas que son obstruidas por la situación crítica.

Autodestrucción: Consiste en permitir una amplia variedad de actividades que distraigan a la persona de la evaluación de las dimensiones conductuales del problema o de la meta obstruida por el estresor.

Uso de sustancias: Implica el consumo de alcohol u otras drogas con la finalidad de evadir la situación estresante.

Autoculpa: Esta escala nueva se refiere a la autoimputación, sentimiento de responsabilidad o por un castigo a consecuencia de alguna acción u omisión realizada.

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que se dispone, las creencias existenciales, las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y

los recursos materiales. La capacidad de una persona de afrontar una situación depende de múltiples factores, Lazarus y Folkman (1986) consideran:

Salud y energía : Es más fácil afrontar una situación cuando uno se encuentra bien que cuando se encuentra mal , las personas enfermas y debilitadas generalmente pueden movilizarse lo suficiente como para afrontar una situación cuando lo que se halla en juego es suficiente importante para ellas.

Creencias positivas: Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla. La esperanza existirá solo cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo o por lo menos probable. No todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disimularlo o inhibirlo.

Técnicas para la resolución del problema: Estas técnicas incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades , alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado .Son importantes los recursos de afrontamiento debido a que se expresan a través de acciones específicas. Estas técnicas derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo – intelectuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol.

Habilidades sociales :Constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana .Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

Apoyo social: El hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento en las experiencias realizadas sobre estrés.

Recurso materiales :Hacen referencia a los bienes y servicios que pueden adquirirse en él ; los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal , medica, financiera y de cualquier otro tipo.

Los modelos de afrontamiento o manejo ante el proceso de estrés, depende de las características personales y ambientales, también depende relativamente del tiempo, aunque son modificados a partir de la efectividad para enfrentar la situación de estrés y la capacidad para disminuir la incomodidad. Por tal, cuando un modo de afrontamiento es efectivo, es probable que dicha estrategia se vuelva a usar en el futuro, por el contrario si los resultados sobre la situación son inesperados la persona tendrá que cambiar el modelo de afrontamiento. (Herrera ,2015 cita a Lazarus, 1999 citado por Marulanda, 2007).

Por tal, se describen dos modalidades: Situacional o disposicional. La primera, plantea que el afrontamiento es un proceso que cambia a través del tiempo y las circunstancias, mientras que el disposicional, es de tipo personal, estable y no cambia.

Afrontamiento situacional: El afrontamiento puede cambiar de un momento a otro a medida que va cambiando su relación con el entorno. Es decir mide las respuestas de afrontamiento ante situaciones específicas de estrés.

Afrontamiento disposicional: Las personas desarrollan formas habituales de enfrentar las situaciones estresantes que se le presentan y que estas se tornan en estilos que pueden influir en sus reacciones ante situaciones nuevas .Es decir sirve para medir las respuestas generales empleadas en el afrontamiento al estrés. (Herrera, 2015 cita a Sánchez, 2010).

Depresión

La depresión es un trastorno mental común, se valora por medio de criterios del Episodio Depresivo Mayor definidos por la asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), los síntomas suelen presentarse como estados de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa entre otros (Córdova, 2015 cito a Borda, et al.,2013).

Es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza La depresión es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto al cuerpo como a la mente. Afecta a como uno se valora a si mismo (autoestima) y a la forma en que uno piensa. No indica debilidad personal y no es un estado del que uno se puede librar a voluntad. Las personas que padecen una depresión no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. La depresión puede aparecer sin ningún desencadenante y puede conllevar un riesgo vital. No hay ningún síntoma que diferencie claramente la depresión de los estados de ánimo bajos, ya que los síntomas son similares en ambos casos, aunque generalmente en la depresión los síntomas son de mayor intensidad y duración (San y Arranz, 2010).

#### Síntomas de la depresión

La depresión es una enfermedad del cuerpo y de la mente. La mayoría de las personas con depresión tienen síntomas físicos y psicológicos, aunque la forma de presentación y la intensidad de cada uno de estos síntomas puede variar. Algunas personas pueden no referir ningún síntomas, pero empiezan a comportar de forma inusual (San y Arranz, 2010).

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD-10) un episodio depresivo es aquél que se caracteriza por un estado de ánimo triste que dura al menos dos semanas. Asociado a él se produce una pérdida en cuanto a la disposición para mostrar alegría, estímulos e intereses, así como en la capacidad general de concentración y rendimiento. Además, aparecen síntomas físicos característicos, como por ejemplo problemas de sueño, pérdida de apetito y peso así como una opresión mental respecto a una situación que se

considera sin salida. Esto puede conducir a la aparición de ideas e intenciones concretas de suicidio. El pensamiento se ralentiza y gira en torno a un solo tema, que suele ser lo mal que uno se siente, lo inútil resulta la situación actual y qué desesperado parece ser el futuro. (Keck,M cita a la OMS).

#### Alteraciones Emocionales

Tristeza patológica

Angustia

Irritabilidad

Alteraciones del pensamiento

Fallas de concentración y memoria

Desinterés

Indecisión

Desesperanza

Ideación delirante

Ideación suicida

Alteraciones somáticas

Insomnio

Anorexia

Aumento o pérdida de peso

Disminución del libido

Fatiga

Alteraciones de la conducta

Llanto

Lentificación

Aislamiento

Mutismo

(San y Arranz, 2010).

### La personalidad

No hay una personalidad determinada que predisponga a la depresión pero las personas obsesivas, rígidas, la socialmente aceptable de trabajar en exceso también puede enmascarar una depresión. En el hombre no es raro que una depresión se manifieste con irritabilidad, ira, y desaliento, en lugar de hacerlo con sentimientos de desesperanza o desamparo. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, tiende a buscar menos ayuda que la mujer. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea de que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento (San y Arranz, 2010).

### Estilo de pensamiento

La mayoría de las personas tienen una forma optimista de pensar que las hace sentirse moderadamente alegres. Las personas con depresión, por el contrario, tienden a minimizar sus éxitos y a recrearse en sus errores; tienen un pensamiento negativo. (San y Arranz, 2010).

### Enfermedad física

La aparición de una enfermedad física puede provocar sentimientos de baja autoestima y falta de confianza. Otras enfermedades físicas que se acompañan de depresión son la enfermedad de parkinson, el cáncer, la esclerosis múltiple, los tumores cerebrales, las enfermedades hormonales, el abuso de alcohol enfermedades víricas y la

diabetes. Por esta razón, es aconsejable efectuar una analítica sanguínea general a los pacientes con depresión, la radiografía de tórax, el electrocardiograma, el electroencefalograma o el scanner cerebral se deberán efectuar únicamente ante la sospecha de otra patología.(San y Arranz,2010).

Así mismo se planteó como hipótesis general: Existe una relación directa en los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red -Hualmay, 2017.

Y sus Hipótesis específicas:

H1: Existe una relación directa entre los estilos de estrategia de afrontamiento centrado en el problema y el nivel de depresión, en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay ,2017.

H2: Existe una relación directa entre los estilos de estrategia de afrontamiento centrado en la emoción y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay, 2017.

H3: Existe una relación directa entre el estilo de afrontamiento evitativo y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay, 2017.

Con su respectivo objetivo general determinar la relación entre los estilos de estrategia de afrontamiento y nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red-Hualmay, 2017.

Teniendo como objetivos específicos:

Identificar los estilos de estrategia de afrontamiento en usuarios con tuberculosis de la Micro red –Hualmay, 2017.

Identificar el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red - Hualmay, 2017.

Establecer la relación en los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red - Hualmay, 2017.



## METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y Diseño de investigación:

Según el problema y objetivo planteados, el presente estudio de investigación fue de tipo correlacional, para saber como se puede comportar los estilos de estrategia de afrontamiento centrado al problema , a la emoción y a la evitación sin tener ninguna reacción de causa efecto ya que no podemos decir que una dependa de la otra son totalmente opuestas y solo queremos estar orientados a la información de una variable psicológica como que estilos adoptan para afrontar su tratamiento farmacológico como paciente de tuberculosis para llevarme a intuir una depresión por la forma de entendimiento porque el paciente establece una conducta de manera negativa a primera instancia asimila manifestaciones cognitivas, emocionales, somáticas y conductuales durante el tratamiento farmacológico y no llegue a tener un equilibrio mental y físico, contribuyendo una intervención para satisfacer las necesidades del cuidado mental.

Constatando que estos estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables. Asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Evalúan, con la mayor exactitud que sea posible, el grado de vinculación entre dos o más variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una sola investigación Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba (Hernández, Fernández, y Baptista 2010 pág. 81).

La investigación es de diseño no experimental porque no interviene el investigador al realizar cambios en el modo de interpretación de obtener datos favorecidos a conveniencia ya que por tratar pacientes con tuberculosis su enfermedad es la primera

barrera que podrán al intentar tener una relación con él ,aparte por no ser el enfermero, quien es la persona encargada de su vigilancia y cuidado del tratamiento y sabemos que el tiempo de tratamiento y la cantidad de pastillas dadas por la norma no es agradable para el paciente aun sabiendo que es curable la enfermedad. Solo observaremos la situación de su conducta o reacción al poder entregar la encuesta y tener un ligera comunicación explicando los puntos en el instrumento para poder analizar los resultados y seguir colaborando con otros estudios.

Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular intencionalmente ni asignación al azar, lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos, y no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes no provocadas en la investigación por quien la realiza. (Hernández, Fernández, y Baptista 2010 pág. 152,153).

Es Transversal porque se recolecto datos en un determinado tiempo. Su propósito fue describir la variable y analizar su incidencia en un momento dado (Hernández, Fernández, y Baptista 2010 pag.151.).

## **2.2 Población y muestra:**

La población en la cual se desarrolló fue conformada por 45 usuarios de los meses de diciembre a mayo con un muestreo no probabilístico de 30 usuarios de la estrategia sanitaria de control y prevención de tuberculosis de la Micro red-Hualmay.2017.

No siempre, pero en la mayoría de las situaciones sí realizamos el estudio en una muestra. Sólo cuando queremos realizar un censo debemos incluir en el estudio a todos los casos (personas, animales, plantas, objetos) del universo o la población. Las muestras se utilizan por economía de tiempo y recursos. Así, una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Hernández, Fernández, y Baptista 2010 pág.172).

Utilizó la muestra por ser un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población.

Se aplicó el muestreo no probabilístico, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección informal. Se seleccionan individuos o casos “típicos” sin intentar que sean representativos de una población determinada. Por ello, para fines deductivos-cuantitativos, donde la generalización o extrapolación de resultados hacia la población es una finalidad en sí misma, las muestras dirigidas implican algunas desventajas. En las muestras de este tipo, la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de personas que recolectan los datos. La única ventaja de una muestra no probabilística desde la visión cuantitativa— es su utilidad para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema (Hernández, Fernández, y Baptista 2010 pág. 190).

### **Criterios de inclusión**

- Paciente mayor de 18 años.
- Pacientes nuevos y/o antes tratados.
- Paciente con tuberculosis pulmonar y extra pulmonar.
- Paciente que se encuentre en esquema sensible y resistente.
- Paciente que acepte participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Personas menores de 18 años.
- Personas que estén hospitalizadas.
- Persona privada de su libertad recibiendo tratamiento.
- Pacientes que no acepten participar del estudio.

### **2.3. Técnicas e instrumentos de investigación:**

La técnica para la variable estilos de estrategias de afrontamiento que se utilizó fue la encuesta, y el instrumento fue dado por el cuestionario COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief Cope (inventario de estimación de afrontamiento) desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub, más adelante Carver (1997) presenta una versión abreviada del anterior Cope, que es utilizada en investigaciones relacionadas con la salud. El Brief Cope, que consta de 14 subescalas, de dos ítems cada una. Esta versión abreviada omite dos subescalas del cope completo (supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento), en una escala tipo likert que va de 1 a 4, en la que 1 es “casi nunca hago eso” y 4 es “casi siempre hago eso”, con puntuaciones intermedias 2 “a veces hago eso” y 3 “generalmente hago eso” para la recolección de datos. Se redujo el número de ítems para la conveniencia del investigador y del paciente.

El instrumento elaborado fue adaptado de los estudios realizados por Pillaca. Se utilizó el instrumento cope de 13 escalas con 48 ítems adaptándolo a pacientes con tuberculosis con validez aplicando R de Pearson:

Si  $r > 0.20$  el instrumento es válido, excepto en los ítems 7,9,11,12,13,22,29,30,33,34,38,42,44,46,47,48 que será considerado para el procesamiento de datos (Pillaca,2013).

El instrumento consta de tres estilos de afrontamiento que utilizan los autores originales:

Estilos de afrontamiento centrados en el problema: Conformado por afrontamiento activo: en el indicador 1 y 2. Planificación: en el indicador 3 y 4. Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: en el indicador 5 y 6.

Estilo de afrontamiento que se centran en la emoción: Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: en el indicador 7 y 8. Reimportación positiva y crecimiento: en el indicador 9 y 10. Aceptación: en el indicador 11 y 12. Acudir a la religión: en el indicador 13 y 14. Negación: en el indicador 15 y 16. Humor: en el indicador 17 y 18.

Estilo evitativo: Liberar emociones: en el indicador 19 y 20. Desentendimiento conductual: en el indicador 21 y 22. Autodistracción: en el indicador 23 y 24. Uso de sustancias: en el indicador 25 y 26. Autoculpa: en el indicador 27 y 28.

Para la variable niveles de depresión se utiliza como técnica la encuesta e instrumento el Inventario de Depresión, de Beck en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (Beck AT, War CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961; Beck AT, Steer Ra y Garbin ME, 1988).

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una refleja un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El

inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta a seleccionar una de ellas por el sujeto.

De acuerdo a la alternativa seleccionada este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además la anotación alcanzada, en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma permite determinar el grado de la depresión: Leve, moderada y severa. Muy bajo (0-4); No depresión (5-12); Depresión Leve (13-20); Depresión moderada (21-25); Depresión severa (más de 26). (Gonzáles, 2007).

La misma manera que ha sido sometido a validez y confiabilidad, por juicios de expertos con la V de aiken con 0.70 (Instrumento N°1) y 0.69 (Instrumento N° 2) con una confiabilidad de 0.82 y 0.84 Utilizando el alfa de Cron Bach. De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión y por el tiempo de tratamiento farmacológico de los usuarios con tuberculosis de diciembre a mayo se pudo recolectar la información del números de usuarios en la ESPCTB de la Micro red Végueta para la confiabilidad en el mes de abril y de la Micro red Hualmay se obtuvo recojo de información de 45 usuarios en el mes de mayo ,donde hubo una disminución de usuarios a 30 usuarios hasta el mes de mayo de acuerdo al tiempo que tengo para encuestar por criterio del investigador.

#### **2.4 Procedimiento del recojo de la información:**

Previo a la recolección de datos se realizó las respectivas coordinaciones y permisos necesarios con el jefe de la Estrategia de tuberculosis de la Micro red –Hualmay. Igualmente se entregó el documento de ejecución a los 10 establecimientos integrados por la Micro red- Hualmay.

El cuestionario se aplicó a los usuarios con tuberculosis con los anteriores criterios descritos, participaron en la investigación por conveniencia de la investigadora, a la hora habitual que acuden al establecimiento de salud para recibir su medicamento de

tuberculosis en los horarios de 7am – 7 pm y de 7am -1am .Cada encuesta duro entre 10 – 15 min.

## **2.5 Procesamiento y análisis de la información:**

Una vez recolectado los datos cuya información se encontró en el formato de investigación se ha tabulado y analizado a través del programa computarizado de SPSS versión 20. El procesamiento de datos se realizó con la recolección de información mediante la encuesta, para ser ingresada a la base de datos, para lo cual se elaboró tablas y gráficos estadísticos, con lo cual se logrará medir la relación de las variables. Se utilizó la estadística inferencial con el coeficiente correlación de spearman para su análisis e interpretación obtenida según la respuesta de estudio realizado.

## RESULTADOS

### 3.1 Análisis:

Para la presentación de datos se ha trabajado en base a datos y gráficos:

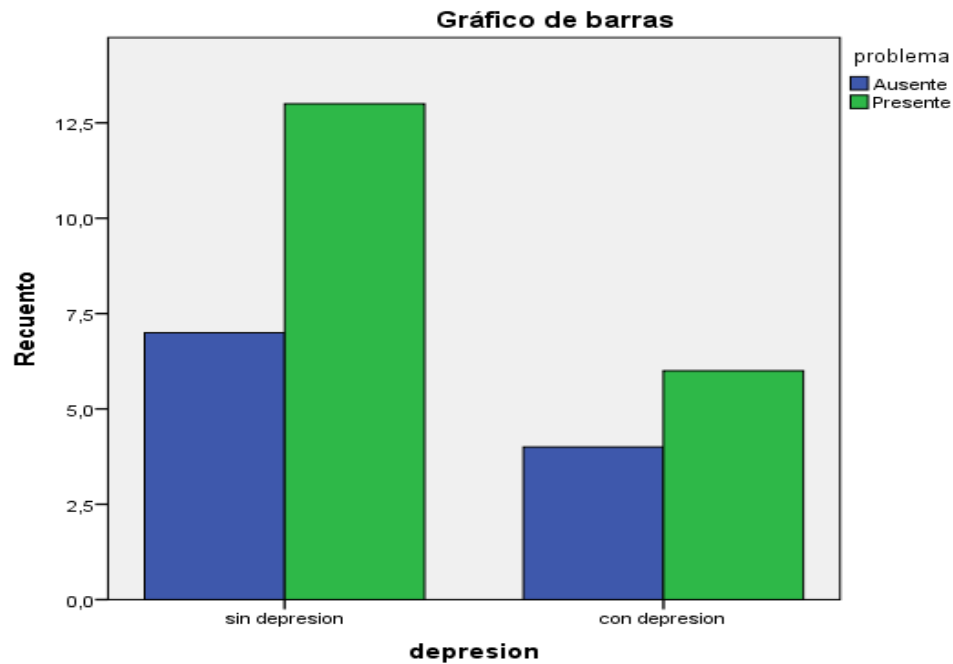
**Tabla 01: Relación entre los estilos de afrontamiento centrado en el problema y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**

			Estilo de afrontamiento centrado en el problema		
			Ausente	Presente	Total
Nivel de depresión	Sin depresión	Recuento	7	13	20
		% dentro de depresión	35,0%	65,0%	100,0%
	Con depresión	Recuento	4	6	10
		% dentro de depresión	40,0%	60,0%	100,0%
	Total	Recuento	11	19	30
		% dentro de depresión	36,7%	63,3%	100,0%

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay, 2017*



**Gráfico 01: Relación entre los estilos de afrontamiento centrado en el problema y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**



*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay, 2017.*

El 35% (7) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está ausente el estilo centrado en el problema.

El 40% (4) de todas las personas con tuberculosis están con depresión y está ausente el estilo de afrontamiento centrado en el problema.

El 65% (13) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está presente el estilo de afrontamiento centrado en el problema.

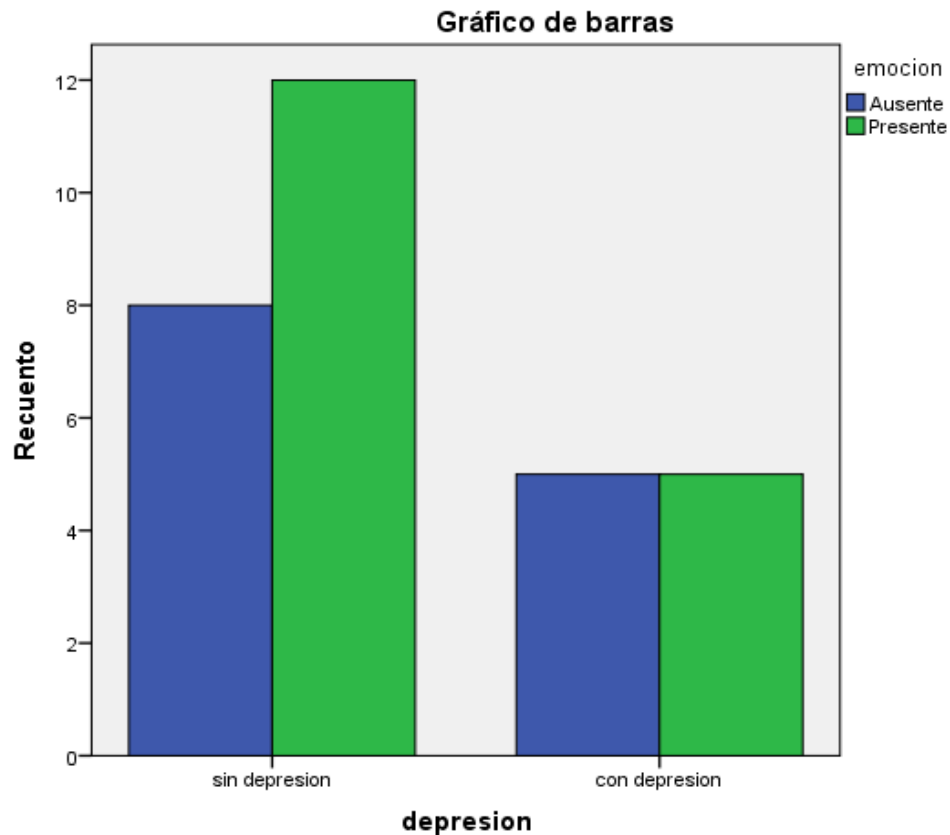
El 60% (6) de todas las personas con tuberculosis están con depresión y está presente el estilo de afrontamiento centrado en el problema.

**Tabla 02: Relación entre los estilos de afrontamiento centrado en la emoción y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**

			Estilo de afrontamiento centrado en la emoción		
			Ausente	Presente	Total
Nivel de depresión	Sin depresión	Recuento	8	12	20
		% dentro de depresión	40,0%	60,0%	100,0%
	Con depresión	Recuento	5	5	10
		% dentro de depresión	50,0%	50,0%	100,0%
	Total	Recuento	13	17	30
		% dentro de depresión	43,3%	56,7%	100,0%

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay, 2017.*

**Gráfico 02: Relación entre los estilos de afrontamiento centrado a la emoción y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**



*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay, 2017.*

El 40% (8) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está ausente el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

El 50% (5) de todas las personas con tuberculosis están con depresión y está ausente el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

El 60% (12) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está presente el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

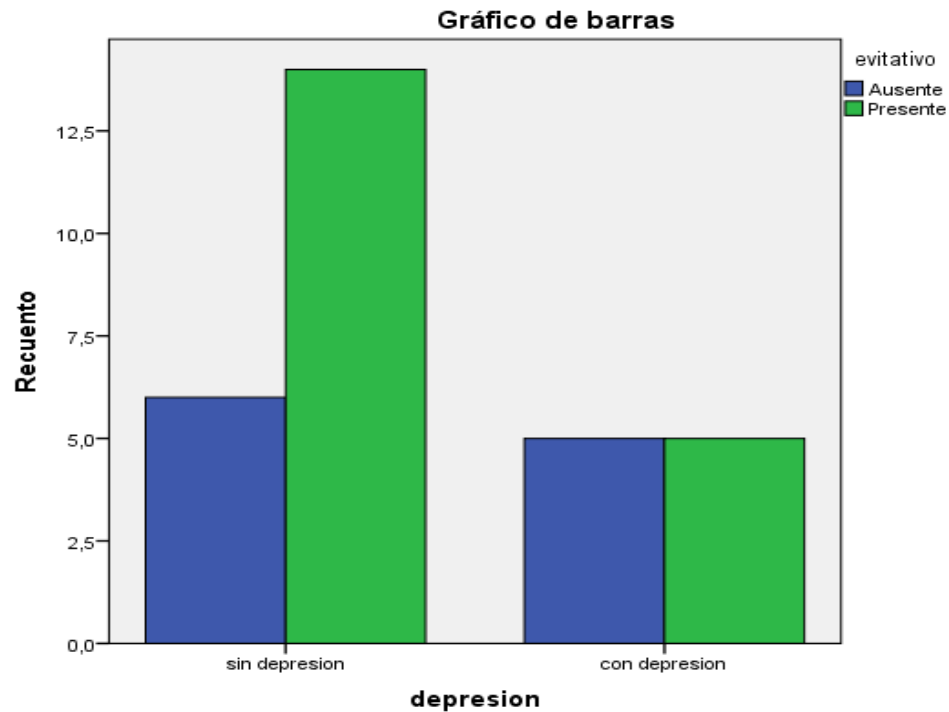
El 50% (5) de todas las personas con tuberculosis están con depresión y está presente el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

**Tabla 03: Relación entre el estilo de afrontamiento evitativo y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**

			Estilo de afrontamiento evitativo		Total
			Ausente	Presente	
Nivel de depresión	Sin depresión	Recuento	6	14	20
		% dentro de depresión	30,0%	70,0%	100,0%
	Con depresión	Recuento	5	5	10
		% dentro de depresión	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Recuento	11	19	30
		% dentro de depresión	36,7%	63,3%	100,0%

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay, 2017.*

**Gráfico 03: Relación entre el estilo de afrontamiento evitativo y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**



*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay, 2017.*

El 30% (6) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está ausente el estilo evitativo.

El 50% (5) de todas las personas con tuberculosis están con depresión y está ausente el estilo evitativo.

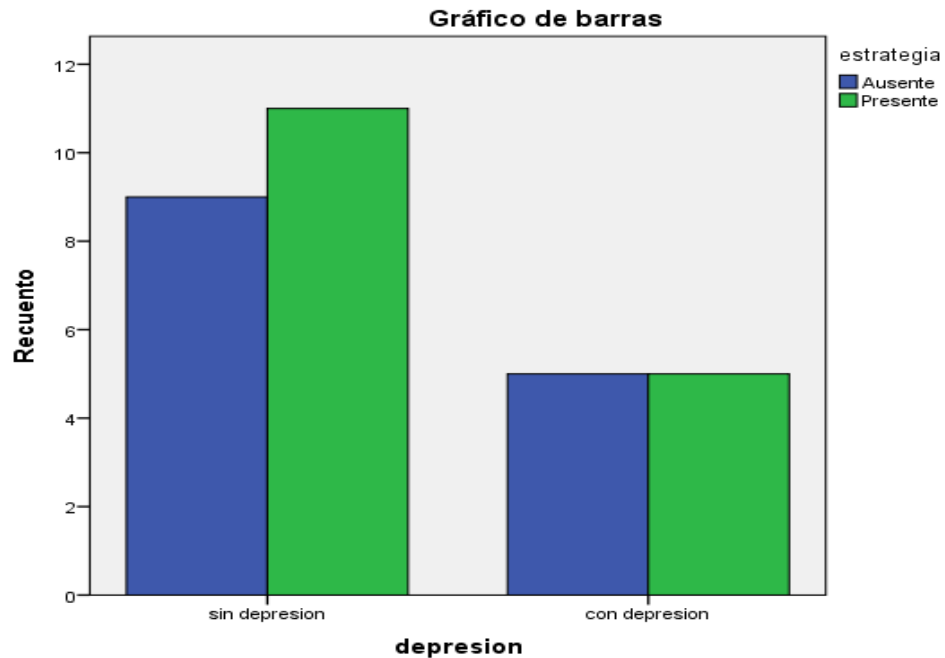
El 70% (14) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está presente el estilo evitativo.

El 50% (5) de todas las personas con tuberculosis están con depresión y está presente el estilo evitativo

**Tabla 04: Relación entre los Estilos de Estrategia de Afrontamiento y el Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay ,2017**

			Estilos de estrategia de afrontamiento		Total	<i>F uente : Cuest ionar io aplic ado en el mes de mayo , Micr o red – Hual may, 2017.</i>
			Ausente	Presente		
Nivel de depresión	Sin depresión	Recuento	9	11	20	
		% dentro de depresión	45,0%	55,0%	100,0%	
	Con depresión	Recuento	5	5	10	
		% dentro de depresión	50,0%	50,0%	100,0%	
Total	Recuento		14	16	30	
	% dentro de depresión		46,7%	53,3%	100,0%	

**Gráfico 04: Relación entre los Estilos de Estrategia de Afrontamiento y el Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay ,2017**



*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay, 2017.*

El 45% (9) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está ausente los estilos de estrategia de afrontamiento.

El 50% (5) de todas las personas con tuberculosis están con depresión y está ausente los estilos de estrategia de afrontamiento.

El 55% (11) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está presente los estilos de estrategia de afrontamiento

El 50% (5) de todas las personas con tuberculosis están con depresión y está presente los estilos de estrategia de afrontamiento.

### 3.2 Discusión

La tabla N° 1, el 65% (13) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está presente el estilo de afrontamiento centrado en el problema. Estos resultados guardan relación con (Pillaca, 2013) donde la estrategia de afrontamiento centrado en el problema están presentes con un 53%, referida a concentrar sus fuerzas a seguir su tratamiento; porque el afrontamiento es una forma de manejar el estrés con una finalidad adaptativa. Está dirigido a manipular o alterar el problema, utilizando recursos dirigidos hacia sí mismos o hacia el ambiente obteniendo información de la mejor manera para modificar la situación, para luego realizar las acciones pertinentes. (Barreda cita a Lazarus y Folkman, 1986).

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que se dispone, las creencias existenciales, las creencias generales sobre el control; los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales. La capacidad de una persona de afrontar una situación depende de múltiples factores. Donde se describe el mayor porcentaje en el indicador suprimir actividades con un 53% lo utilizan para enfocarse solo en su enfermedad, y realizar acciones adecuadas que le ayuden a mejorar o mantener un estado de equilibrio con uno mismo. De igual forma se puede colaborar con (Belito, 2014) donde la persona realiza estrategias centrado en el problema con un afrontamiento activo de 86,6% directo hacia el problema de la enfermedad.

Encontramos una similitud en las edades, del presente estudio entre 18-30 años con un 43,3%, género masculino con un 73,3%. (Pillaca, 2013) y (Belito, 2014) con resultados estimados de un 60% y 50% tienen entre 18 y 30 años, con vulnerabilidad en la etapa adulto joven. El MINSA se manifiesta ante este fenómeno afirmando que la tuberculosis es una enfermedad social totalmente curable que afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos



entre 15 y 54 años, resalta que los adolescente y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte total de casos. En el género también tienen concordancia un 63.3% y 53% fueron de sexo masculino y 47% y 36.6% de sexo femenino.” El hecho de que los índices de notificación de tuberculosis sean más elevados en los hombres puede obedecer en parte a diferencias epidemiológicas (en cuanto a exposición, riesgo de infección y progresión desde el estadio de infección al de enfermedad). Algunos estudios indican que las mujeres pueden presentar mayores tasas de letalidad y de progresión de la infección a la enfermedad al entrar en la edad fecunda” (OMS, 2017).

La diferencia de estos resultados se puede incluir que Pillaca trabajó con una población de tuberculosis multidrogoresistente y sensible, mientras que Belito solo incluye tuberculosis sensible y en el estudio el 70%(21) de los pacientes encuestados no trabaja, por encontrarse el 80%(24) en esquema Sensible, mientras que el 20%(6) restante manifiesta tener un tipo de tuberculosis Resistente.

Concluyendo que los pacientes no reaccionan igual frente a las demandas desbordantes de sus propios recursos frente a la enfermedad. En el estudio no hay personalidad determinada que predisponga a la depresión. En el hombre no es raro que una depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, tiende a buscar menor ayuda que la mujer .Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea de que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento. (San y Arranz, 2010)

Estos resultados ante las afirmaciones de Neuman en donde el paciente se encuentra en relación recíproca con el entorno, en el sentido de que interacciona con el adaptándose o ajustándolo a el mismo, vinculando persona, entorno, salud y enfermedad en sus afirmaciones sobre prevención primaria, secundaria y terciaria, relacionando las estrategias centradas en el problema utilizando como fuente teórica a Gestal, donde mantiene que el proceso homeostático es aquel por el que un organismo mantiene su equilibrio y por consiguiente, su salud en un entorno de condiciones cambiantes, damos prioridad a satisfacer necesidades fisiológicas, de seguridad y protección, amor y

permanencia, autoestima, autorrealización, priorizando el cuidado del enfermero no solo interviene en el paciente , sino a todo el entorno que lo integra en este estudio habría tenido prioridad el entorno externo como tenemos como fuerza interpersonal y extrapersonal, que nos permite ser accesible a entablar relaciones y vínculos con otras personas como la familia , amigos , trabajo ; la tecnología sería el medio externo para obtener información precisa de lo que necesitamos saber y encontrar posibles soluciones y por ultimo establecer una buena empatía de enfermero a paciente para otórganos un cuidado integral. Estas respuestas de afrontamiento tratan de, buscar soluciones con cambios en el entorno o en el propio individuo.

Se encontró a (Alva, 2014) donde menciona que el nivel de información de los adultos con diabetes mellitus tipo II, fue bueno en el 69%, regular en el 25% y malo en el 6%, y por otro lado el nivel de estrategias de afrontamiento fueron medidos por los indicadores de sus dimensiones y se clasificaron en nivel alto de estrategias de afrontamiento de (85-112), nivel medio de estrategias de afrontamiento de (56-84) y nivel bajo de estrategias de afrontamiento de 28-55)concluyendo que tiene un nivel medio del 59% . Si lo relacionamos a los pacientes con tuberculosis a diferencia de una enfermedad crónica podríamos concluir que el rol del enfermero no solo debe verse reflejado en la toma supervisada de medicamentos , sino también debemos enriquecer el poco tiempo que tenemos en observar las conductas o tratar de entablar una relación más optimista para el usuario, y seguir fortaleciendo la educación y sensibilización de su enfermedad , hasta la cura del tratamiento ya que se han obtenido resultados mayores al 50% en pacientes con diabetes una comorbilidad para el paciente con tuberculosis y obtener un paciente consiente del cambio de estilo de vida que debe tener y enseñar como experiencia vivida su caso , y no llegar a someterse a estados de depresión que pueden perjudicar el durante o después del tratamiento. Existiendo una relación directa.

La tabla N° 2, El 60% (12) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está presente el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Estos resultados guardan relación con (Alarcón, 2014) donde las estrategias de afrontamiento centrado en

la emoción con un 79% lo utilizan los pacientes renales en terapia de hemodiálisis y con el 75% siempre buscan la ayuda de Dios y el 63% intentan conseguir el apoyo emocional de amigos o familiares y se menciona que utilizan un 58% en otras estrategias como dedicarse al trabajo o una actividad (ir al cine, ver tv, etc.).

Estos resultados se vieron evidenciados en el tratamiento de diálisis que genera diversos cambios en la vida del paciente que de no ser atendidos pueden disminuir la calidad de vida, dadas las situaciones vitales a las que tiene que hacer frente el paciente renal, como su bienestar, de su lugar en la familia, trabajo, tiempo, recursos financieros y función sexual; y la continua incertidumbre con la que ha de vivir, la ansiedad y depresión son relativamente frecuentes. Todo debido a la disminución en la sensación de control personal, ya que estas personas se encuentran sujetas a una serie de procedimientos invasivos como depender de una máquina.

A diferencia del tratamiento de tuberculosis que se puede tratar o curar. La forma activa sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de 4 medicamentos que se administran durante 6 meses y que debe ir acompañada con tareas informativas, supervisión y atención del paciente a cargo de un agente sanitario. Sin ese apoyo el cumplimiento terapéutico puede ser difícil, lo que propiciaría la prolongación de la enfermedad. La administración del tratamiento debe ser directamente supervisada en boca, y debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. (MINSA-ESNPCT, 2013)

De acuerdo a la revisión de la literatura sobre las estrategias centradas a la emoción, si una persona percibe que una situación es susceptible de cambio, es posible que recurra a la búsqueda de soluciones, reevaluación positiva, pero si por el contrario, se trata de una situación que no admite cambio, apelará a la aceptación y búsqueda de apoyo social, eventualmente podrá huir en la fantasía o la negación, pero es inadmisibles un afrontamiento de confrontación o búsqueda de soluciones. (Ramos, 2012) utiliza eventualmente el 72% los familiares de pacientes con enfermedad mental las estrategias centradas a la emoción donde sería importante mencionar la familia.

Pero en lo que no concuerda el estudio de los autores referidos con el presente es que (Alarcón, 2014) tiene una población mayor de 50.2% mujeres, un 40% tienen entre 45-64 años, el 49.2% tiene entre 1-5 años dializándose y el 42,8% viven en pareja e hijos. A diferencia de (Ramos, 2012), que la población son 40 familias de pacientes con enfermedad mental, donde el mayor porcentaje es de 67,5 que corresponde al género femenino, con 42,5% tienen de 43 a más años, estado civil con un 35% son casados y un 42,5 es la madre el familiar responsable del paciente, ya que es la persona que está más tiempo con el paciente.

La tabla N°3, el 70% (14) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está presente el estilo evitativo. Estos resultados guardan relación con los que sostiene (Barreda, 2012) en pacientes con enfermedad cerebrovascular donde tuvo como resultado una correlación estadísticamente significativa entre las variables depresión y estilos de afrontamiento evitativo, demostrando que un 80% lo utilizan solo a veces y el 16% generalmente lo utilizan, en sus indicadores enfocar y liberar emociones un 44% generalmente lo utilizan y 46% lo utilizan siempre, el 90% nunca utilizan uso de sustancias y solo un 4% lo utilizan solo a veces. Habitualmente las personas que padecen mayor estrés son candidatos potenciales a padecer un accidente cerebrovascular, por la interrupción súbita del flujo sanguíneo en cualquier área del cerebro. Este autor expresa que no se encontró correlaciones significativas entre las variables depresión y estilos de afrontamiento centrados al problema y centrados a la emoción.

Estos resultados reflejaron que los estilos de afrontamiento evitativo son interdependientes de la depresión, desde este aspecto la persona con accidente cerebrovascular que muestra mayor intensidad de síntomas depresivos, utiliza un estilo de afrontamiento evitativo como liberar emociones centrándose en los aspectos desagradables, disminuir los esfuerzos o abandonar sus metas para manejar el estresor distrayendo su actividad hacia otros objetivos, culparse a sí mismo por lo sucedido o utilizando sustancias psicoactivas.

Como menciona Aron Beck, la valoración que se preste a un acontecimiento es un elemento clave en la depresión, cabe señalar que la mayoría de las personas que participaron lo utilizan solo a veces. como resultado tendremos 2 principales problemas ,los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas , para poder lograr nuestros objetivos, evaluando la percepción subjetiva de la realidad, ya que son manifestaciones propias de una depresión, evocando a pensamientos, ideas, interpretaciones que están en nuestra mente imaginando siempre lo negativo o malo y que lo malinterpretamos por la experiencia vivida aceptando una conducta establecida, donde la mente consiente e inconsciente determinan una decisión, acción, idea, costumbre, etc.

En lo que respecta a la relación que tiene con el paciente de tuberculosis se da por las reacciones psicológicas que los pacientes presentan durante una enfermedad, deben atenderse al patrón de las conductas e frustración propias del estado. Es decir que los mecanismos defensivos tratan de luchar contra la angustia y los temores ligados a la enfermedad y se enfrentan con las frustraciones de tal forma que establecen nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo. Utiliza mecanismos como la evasión donde presenta en forma de rechazo a la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, en el cual el sujeto vive la realización de los deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer por habérselo impedido al acontecer de su enfermedad, esto ocurre con especial frecuencia en pacientes con tuberculosis. (Ordoñez, 2013 cito a Laham, 2011). La depresión es más frecuente en los 6 meses posteriores a un suceso estresante. Algunas veces aparece depresión sin que exista ninguna circunstancia. (San y Arranz, 2010)

Se puede constatar que Neumann especifica que el entorno y el hombre son los fenómenos básicos del modelo del sistema existiendo una relación recíproca entre el entorno interno y externo se incorporan ambas para mantener la integridad y estabilidad del sistema del paciente y estarían contenidos en un entorno creado; desarrollándolo de forma subconsciente con el propósito propio de uno mismo; y no depender de las

circunstancias dadas , serviría para proporcionar un espacio de protección seguro a dicho sistema .Pero en lo que no concuerda el estudio del autor es que no hay relación entre estrategias de afrontamiento y la variable sociodemográfica edad ya que la mayoría con un 46% eran pacientes de accidente cerebro vascular de 61-75 años, a diferencia de mi estudio que fue entre 18-30 años con un 43.3% .

La tabla N° 4, el 55% (11) de todas las personas con tuberculosis están sin depresión y está presente los estilos de estrategia de afrontamiento. Y referente a la variable depresión (Córdova, 2015) encontró que el 61.3% tienen depresión ausente y leve, el 25.8% depresión moderada, y el 12.9% depresión grave. El 51.6% presenta soporte social moderado, el 29.0% presenta un nivel bajo de soporte social. La prueba estadística encontró una correlación de Pearson que muestra correlaciones indirectas y significativas entre las variables depresión con dimensión enfocada a la sintomatología en general podemos estructurarlo en cognitivas, afectivas, somáticas, conductuales y en soporte social con sus dimensiones orientadas a la familia y amigos. Podríamos deducir que a mayor soporte social menor depresión que nos pone a deliberar relativamente que el entorno es un factor social y psicológico importante al relacionarlas con estrategias de afrontamiento.

A diferencia de Balcázar (2015) encontró un 94.7% sufren de síntomas depresivos que tuvo relación al tipo de familia extensa, así demostrando ser un factor psicológico esencial en el género femenino con el 58.3%, dándose por ser la mayor población en pacientes con tuberculosis, a lo expuesto tenemos en cuenta que una familia extensa podría verse afectada por el número de integrantes parenterales y parientes no consanguíneos, y preguntarse qué rol tenía el paciente para sufrir de depresión con un cansancio mental y físico de sufrir tuberculosis podría verse afectado en su estado emocional al afrontar solo su enfermedad , y comparando con el resultado de mi variable sociodemográfica del nivel de depresión y convivencia familiar hubo un 50% del total de usuarios con tuberculosis que están sin depresión con una familia completa en el género masculino con un 87%.

Tal es así que se aplicó la correlación de Spearman con una sig. Aproximado  $\leq 0,8$  siendo este menor al valor de significancia, por lo tanto, se llega a conclusión que existe una correlación directa, fuerza alta .Y podríamos deducir que a mayor relación significativa entre estilos de estrategia de afrontamiento, mayor nivel de depresión. Por lo tanto coincide con una de las hipótesis alternas en la dimensión estilo centrado en el problema que tuvo 0.7 de sig. Aproximado y obtuvo como resultado un 60% del total de usuarios con tuberculosis con depresión con presencia de este estilo, de igual manera con 0.6 sig. Aproximado en el estilo centrado en la emoción, a diferencia de la hipótesis alterna del estilo evitativo, fue el de menor sig. Aproximada con un 0.3 sin embargo tuvo el mismo porcentaje del estilo centrado en la emoción con un 50% con depresión, deduciendo que a menor relación entre los estilos de estrategia de afrontamiento, mayor nivel de depresión.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

### 4.1. Conclusiones

Se determinó que existe una relación directa  $\leq 0,8$  fuerza alta en los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión, en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017

El 70% de usuarios con tuberculosis están sin depresión y está presente el estilo de afrontamiento evitativo.

El 65% de usuarios con tuberculosis están sin depresión y está presente el estilo de afrontamiento centrado en el problema.

El 60% de usuarios con tuberculosis estuvo sin depresión en presencia del estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

### 4.2. Recomendación

Promover al profesional de Enfermería que laboran en la ESNCPB de la Micro red - Hualmay a capacitarse en el tema estrategias de afrontamiento y depresión , logrando identificar los estilos de estrategias de afrontamiento utilizado por el paciente para evitar complicaciones ,físicas, emocionales y conductuales que se presente durante el tratamiento y término del tratamiento completo , con una consejería orientada a conocer al paciente y dar respuestas a las necesidades del paciente con empatía , y comunicación.

El profesional de Enfermería debe elaborar un programa de intervención familiar con sesiones educativas, priorizando estilos de afrontamiento centrado en el problema y estilo de afrontamiento centrado en la emoción, fortaleciendo el afrontamiento de la enfermedad.



Aplicar cuestionarios de Satisfacción al usuario en la ESNCPB para evaluar el avance del enfermero en brindar un cuidado integral y así de esa manera garantizar y demostrar con estadísticas el trabajo del enfermero en la ESNCPB en todo sus niveles de salud.

Realizar estudios de investigación que permitan evaluar si cumplen los enfermeros con la identificación en los estilos de estrategia de afrontamiento, utilizando enfoque cualitativo para seguir profundizando el tema y cuantitativo en otros niveles de investigaciones.

## Referencias Bibliográficas

- Alva, R. y Baca, A. (2015). *Nivel de Información y Estrategia de Afrontamiento en Adultos con Diabetes Mellitus Tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015*. (Tesis para la Licenciatura de Enfermería). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
- Alarcón, S. (2014). *Estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia de hemodiálisis en el centro hospitalizado de enfermedades renales, 2014*. (Título de especialista en enfermería en nefrología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Ait-Khaled, N et al. (2010). *Manejo de la tuberculosis. Una guía esencial de buenas prácticas*. Recuperado en <http://files.sld.cu/sida/files/2016/06/manejo-de-la-tuberculosis.pdf>. (pp. 400-403).
- Ministerio de Salud, Perú. (2015) *Análisis de la Situación Epidemiológica de la tuberculosis en el Perú*. Recuperado en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>.
- Belito, H., Fernández, V., Sánchez, S. y Farro, G. (2014). Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud. *Revista Enfermería, 7*(2), 69-78.
- Barreda, S. (2012). Depresión y estilos de afrontamiento al Estrés en pacientes con enfermedad cerebrovascular, *15*(2), 21-23.

- Balcázar, Ramírez y Rodríguez. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Revista Esp. Med. Quir* 20(5), 135-143.
- Córdova, J. (2015). *Depresión y Soporte Social en Pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, 2015. (Tesis para la Licenciatura de Enfermería)*. Universidad Peruana Unión, Juliaca.
- Carver, C., Sheier, S. y Weintraub, J. (1989). Assessing Coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(7), 267-283.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 92-100
- Cassaretto, S. y Chau, C.(2016). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(42), 95-109.
- Gonzales, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Recuperado de [http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks/2010/en/Acervo\\_files/](http://newpsi.bvpsi.org.br/ebooks/2010/en/Acervo_files/). (pp. 199-208, 235-241)
- García, J. (1983). *La terapia cognitiva de Aaron Beck*. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck#!>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Recuperado de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf). (pp. 151-153).

- Herrera, N. (2017). *Modos de afrontamiento del estrés en usuarios del programa control de la tuberculosis de una Microred de salud del callao, 2017*. (Tesis para la licenciatura en psicología). Universidad San Pedro, Chimbote.
- Keck, M. (2006). *La depresión*. Recuperado de [http ://www .migesplus .ch/fileadmin/Publikationen/depressionen\\_es\\_neu\\_01.pdf?d=a](http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/depressionen_es_neu_01.pdf?d=a).
- Ministerio de Salud, Perú. (2013). *Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis*. Recuperado de [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715\\_2013\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.pdf).
- Ministerio de salud, Perú (2015). *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>. Recuperado el:2-04-17
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Bogotá.pag:246-247)
- Organización mundial de la salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pillaca, H. (2013). *Estrategias de Afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias, 2013*. (Tesis para la Licenciatura de Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Ramos, Z. (2012). *Estrategias de Afrontamiento en Familiares de Pacientes con Enfermedad Mental Centro de Salud Mental, Moisés Heresi,2012*. (Tesis para la Licenciatura de Enfermería). Universidad de Cuenca, Arequipa.

Retamal, P. (1998). *Depresión*. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=1kwVmA7st\\_cC&lpg=PA1&dq=depresion&hl=es&pg=PA7#v=onepage&q=depresion&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=1kwVmA7st_cC&lpg=PA1&dq=depresion&hl=es&pg=PA7#v=onepage&q=depresion&f=false).

Solís, C. y Vidal, A. (2006). *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. VII(1), 35.

San, L. y Arrans, B. (2010). *Comprender la depresión*. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=yC\\_1xY4jzNUC&lpg=PP1&dq=depresion&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q=depresion&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=yC_1xY4jzNUC&lpg=PP1&dq=depresion&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q=depresion&f=false).

# **ANEXOS**

### ANEXO N°1 – Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	ES CA LA	MÉTODO
¿Qué relación existe en los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red  - Hualmay 2017?	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>Determinar la relación en los estilos de estrategia de afrontamiento y nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro-red Hualmay - 2017</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>-Identificar los estilos de estrategia de afrontamiento en usuarios con</p>	<p><b>Hipótesis General:</b></p> <p>Existe una relación directa en los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red ,Hualmay -2017</p> <p><b>Hipótesis Específica:</b></p> <p>-Existe una relación directa en los estilos de estrategia de afrontamiento centrado en el problema y el nivel de depresión, en usuarios con tuberculosis de la Micro red,</p>	<p><b>V1:</b></p> <p>Estilos de Estrategia de afrontamiento</p> <p><b>V2:</b> Nivel de</p>	<p>O R D I N A L</p>	<p><b>Tipo y Diseño :</b></p> <p>Correlacional, No experimental de corte transversal</p> <p><b>Área de Estudio:</b></p> <p>Micro red Hualmay</p> <p><b>Población:</b> 45 usuarios</p> <p><b>Muestreo No Probabilístico:</b></p> <p>30 usuarios.</p> <p><b>Técnica :</b> La Encuesta</p> <p><b>Instrumento :</b> Cuestionario</p> <p><b>V1 :</b> El Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE 28 (1997)</p>

	<p>tuberculosis de la Micro red Hualmay 2017</p> <p>-Identificar el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay - 2017.</p> <p>-Establecer la relación en los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red Hualmay 2017</p>	<p>Hualmay -2017.</p> <p>-Existe una relación directa en los estilos de estrategia de afrontamiento centrado en la emoción y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red ,Hualmay -2017</p> <p>-Existe una relación directa en los estilos de estrategia de afrontamiento evitativo y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017</p>	depresión		<p><b>V2:</b> Inventario de Depresión de Beck (1961)</p> <p><b>Técnica de Análisis de Datos:</b></p> <p>Inferencial, correlación de Spearman</p>
--	---	--	-----------	--	--



## ANEXO N°2 – Cuadro de Operacionalización

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
Estilos de estrategia de afrontamiento	Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo	Respuestas enfocadas a manipular directamente el problema y respuestas innatas percibidas para afrontar el problema y comenzar a utilizar estilos con un equilibrio de conocimientos, emociones y acciones propiamente hechas por la persona para recobrar un ambiente Saludable.	Estilos de afrontamiento centrado en el problema  Estilos de afrontamiento centrado en la emoción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento activo</li> <li>• Planificación</li> <li>• Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales</li> <li>• Búsqueda de apoyo social por razones emocionales</li> <li>• Reinterpretación</li> </ul>

			Estilo de enfrentamiento evitativo	positiva y crecimiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• aceptación</li> <li>• Religión</li> <li>• Negación</li> <li>• Humor</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desahogo</li> <li>• Desentendimiento conductual</li> <li>• Autodestrucción</li> <li>• Uso de sustancias</li> <li>• Autoculpación</li> </ul>
--	--	--	--	--

Nivel de Depresión	Es un trastorno mental dirigida a tener un estado de emoción negativa y se relaciona a optar por una conducta, la persona por una situación o experiencia con el tiempo puede concretar patrones innatos o adquiridos consciente o inconscientemente, se transmite a través de un error interno de tergiversar la realidad	Diferencia de manifestaciones de carácter cognitivo, afectivo, somático y conductual que evidencia el malestar interior y la dificultad de la interacción con el entorno, que experimenta la persona afectada de tuberculosis	<p>Cognitiva</p> <p>Afectivas</p> <p>Somáticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indecisión</li> <li>• Ideas suicidas</li> <li>• Cambio de imagen corporal</li> <li>• Pesimismo</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Culpa</li> <li>• Llanto</li> <li>• Insatisfacción</li> <li>• Auto desprecio</li> <li>• Auto acusación</li> <li>• Sensación de fracaso</li> <li>• Expectativa de castigo</li> </ul>

			Conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enlentecimiento</li> <li>• Apetito</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Libido</li> <li>• Psicosomático</li> <li>• Separación social</li> <li>• Fatigabilidad</li> </ul>
--	--	--	------------	--

## **ANEXO N° 03**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Al firmar este documento, doy mi consentimiento como usuario de la estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis para realizar el cuestionario, para un estudio de investigación conducida por Negumi Xiomara Trinidad Espinoza de la escuela de enfermería de la Universidad San Pedro. Donde tiene como objetivo si existe alguna relación con los estilos de estrategia de afrontamiento y nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la micro red Hualmay, 2017. Ya que cada persona adopta un estilo personal aprendida por experiencias vividas o por la interpretación de los sentidos de la realidad, a diferencia de los síntomas de una depresión se pueden dar a través de los conocimientos, sentimientos, su estado físico y el comportamiento que demuestra como se siente usted y la dificultad de la relación con el ambiente que experimenta la persona afectada por tuberculosis.

Entiendo que seré encuestada en el establecimiento de salud donde recibo mi tratamiento en el horario que me convenga. Se me harán algunas afirmaciones sobre la forma de actuar y sentir en torno al tratamiento, estados de ánimos durante el tratamiento, esto tomara aproximadamente 20 min. La participación es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial y anónima y no se usara para ningún otro propósito fuera de la investigación. Tómese su tiempo para decidir, y si tiene alguna duda, puede hacer preguntas que considere ser necesario sobre el cuestionario. Si decides participar en el estudio debes firmar esta hoja, yo la guardaré junto con el cuestionario de la encuesta.

He sido informado sobre el proyecto a realizar, mi participación será protegida y tomando en consideración, otorgo mi consentimiento para realizar la encuesta planteada. Igualmente, puedo optar a no realizar el cuestionario, habiendo firmado este consentimiento sin que me perjudique en ninguna forma.

---

Firma del Encuestado

## **ANEXO N°04**

### **CUESTIONARIO COPE (INVENTARIO DE ESTIMACION DE AFRONTAMIENTO)**

Soy egresada de enfermería de la Universidad San Pedro, realizando un estudio de investigación, el cuestionario busca señalar que es lo que habitualmente hace o siente cuando se enfrenta con su enfermedad, en diversas situaciones puede reaccionar en forma diferente, pero piense que es lo generalmente hace, la información es individual y anónima, esperamos que responda las preguntas con sinceridad, agradecemos su participación y colaboración con la investigación.

A continuación leerá una serie de afirmaciones sobre formas de actuar y sentir en esas situaciones. Respóndame si coincide o no con su propia forma de actuar o sentir en la situación de afrontar su enfermedad. Debe de marcar con un aspa (X) o llenar los espacios en blanco según creas conveniente, elija la respuesta más adecuada para usted a lo siguiente:

#### **I.DATOS GENERALES**

1. Género:        a) Masculino        b) Femenino
2. Edad: .....
3. Grado de Instrucción: .....
4. Centro o Puesto de Salud que recibe su tratamiento: .....
5. Ocupación: .....
6. Convivencia Familiar: .....
7. Situación conyugal actual: .....
8. Tipo de tuberculosis:        a) Sensible        b) Resistente
9. Frecuencia que toma el medicamento: .....

10. Esta última semana ocurrió algún acontecimiento:

a) Muerte de un familiar

b) Ha enfermado un familiar

c) Ninguno

#### IV. DATOS ESPECIFICOS:

<b>AFIRMACIONES</b>	<b>Casi nunca hago eso</b>	<b>A veces hago eso</b>	<b>Generalmente Hago eso</b>	<b>Casi siempre hago Eso</b>
1.- Concentro mis fuerzas en seguir mi tratamiento para sanarme				
2.- Hago actividades para sanarme				
3.- Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer para sanarme				
4.- Pienso en que debo de hacer para curarme, pasó a paso, actividad por actividad.				
5.- Les pregunto a personas que han enfermado como yo, que hicieron para sanarse				
6.- Trato de conseguir el consejo de enfermeras, médicos o alguien para saber cómo curarme				
7.- Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes para sentirme mejor				
8.- Busco la simpatía y la comprensión de alguien que me escuche				
9.- Busco el lado bueno de la enfermedad				
10.- Intento ver mi enfermedad desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo.				
11.- Aprendo a vivir con tuberculosis				
12.- Acepto la situación que implica tener tuberculosis				

13.- Intento encontrar consuelo en mi religión				
14.- Rezo más que de Costumbre				
15.- Me digo a mi mismo (a) "no estoy enfermo"				
16.- Me rehúso a creer que estoy enfermo.				
17.- Hago bromas sobre ello				
18.- Me río de la situación.				
19.- Dejo salir mis sentimientos para sentirme mejor				
20.- Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
21.- Dejo de intentar sanarme				
22.- Dejo de hacer las cosas que debo hacer para sanarme				
23.-Me dedico al trabajo o a otras actividades para olvidarme de que tengo tuberculosis				
24.- Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en mi enfermedad				
25.- Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
26.-Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
27.-Me critico a mí mismo				
28.-Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				



## ANEXO N°5

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Buenos días soy Egresada de enfermería de la Universidad San Pedro, realizando un estudio de investigación, en el cual buscamos evaluar objetivamente manifestaciones de la depresión, la información es individual y anónima por lo que no es necesario dar su nombre, esperamos que responda las preguntas con sinceridad dado que los resultados solo serán con el fin expuesto.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0 - 1 - 2 - 3).

<b>INDECISIÓN</b>	Tomo decisiones como siempre.	Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes	Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.	Ya no puedo tomar ninguna decisión.
<b>IDEAS SUICIDAS</b>	No tengo ninguna idea de matarme	Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo	Me gustaría matarme	Me mataría si tuviera la oportunidad.
<b>CAMBIO DE IMAGEN CORPORAL</b>	No creo que me vea peor que antes.	Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o interactivo (a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer interactivo (a).	Creo que me veo horrible
<b>PESIMISMO</b>	No creo ser peor que los demás	Me critico por mis debilidades o errores.	Me culpo siempre por mis errores	Me culpo de todo lo malo que sucede.

<b>TRISTEZA</b>	No me siento triste.	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello	Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo
<b>IRRITABILIDAD</b>	No me irrito más ahora que antes	Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.	Me siento irritado todo el tiempo	No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
<b>CULPA</b>	No siento ninguna culpa particular	Me siento culpable buena parte del tiempo.	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	Me siento culpable todo el tiempo
<b>LLANTO</b>	No lloro más de lo habitual.	Lloro más que antes.	Ahora lloro todo el tiempo	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
<b>INSATISFACCIÓN</b>	Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.	No disfruto de las cosas como solía hacerlo.	Ya nada me satisface realmente.	Todo me aburre o me desagrada.
<b>AUTO DESPRECIO</b>	No me siento decepcionado en mí mismo.	Estoy decepcionado conmigo	Estoy harto de mí mismo	Me odio a mí mismo
<b>AUTOCUSACION</b>	No me siento peor que otros	Me critico por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis faltas	Me culpo por todas las cosas malas que suceden

<b>SENSACIÓN DE FRACASO</b>	No creo que sea un fracaso.	Creo que he fracasado más que cualquier persona normal	Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.	Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
<b>EXPECTATIVA DE CASTIGO</b>	No siento que esté siendo castigado	Siento que puedo estar siendo castigado	Espero ser castigado.	Siento que estoy siendo castigado.
<b>ENLENTECIMIENTO</b>	Puedo trabajar tan bien como antes	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo	Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa	No puedo hacer ningún tipo de trabajo
<b>APETITO</b>	Mi apetito no ha variado.	Mi apetito no es tan bueno como antes	Mi apetito es mucho peor que antes.	Ya no tengo nada de apetito.
<b>PÉRDIDA DE PESO</b>	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.	He perdido más de 2 kilos	He perdido más de 4 kilos.	He perdido más 7de kilos
<b>INSOMNIO</b>	Puedo dormir tan bien como antes	No duermo tan bien como antes.	Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.	Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
<b>LIBIDO</b>	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.	Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora	He perdido por completo mi interés por el sexo

<b>PSICOSOMÁTICO</b>	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
<b>SEPARACIÓN SOCIAL</b>	No he perdido interés en otras personas.	Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás	He perdido todo interés en los demás.
<b>FATIGABILIDAD</b>	No me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme	Me canso al hacer cualquier cosa	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

## ANEXO N°6

### Validez Juicio de expertos con la V de Aiken

ÍTEMS/JUECES	I	II	III	IV	V	Total
1	2	1	2	2	2	0.36
2	2	1	3	2	2	0.44
3	2	2	2	2	2	0.4
4	2	1	3	2	2	0.4
5	1	1	2	2	1	0.8
6	4	5	4	5	4	0.88
7	2	2	2	3	2	0.44
8	1	2	2	2	2	0.36
9	2	2	2	2	2	0.4

El resultado se encuentra con gran eficacia ( $>0.5$ ), para nuestro caso se calculó para respuestas politómicas y el análisis de un ítems por un grupo de jueces, donde obtuvimos

un valor: 0.89 = Acuerdo Fuerte, por lo tanto es válido para la realización del proyecto

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO N°1 CON LA V DE AIKEN

ítems/jueces	I	II	III	IV	V	Total
1	2	2	2	2	2	0.4
2	2	2	2	3	2	0.44
3	3	2	2	2	2	0.44
4	2	2	2	3	2	0.44
5	4	2	2	3	4	0.6
6	2	2	2	3	2	0.44
7	2	2	2	2	2	0.4
8	2	1	2	2	2	0.36

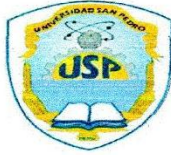
El resultado se encuentra con gran eficacia ( $>0.5$ ), donde obtuvimos un valor: 0.70  
 =Acuerdo Fuerte, por lo tanto es válido para la realización del proyecto.

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO N°2 CON LA V DE AIKEN

ítems/jueces	I	II	III	IV	V	Total
1	2	2	2	2	2	0.4
2	2	2	2	3	3	0.48
3	2	2	2	2	2	0.4
4	2	2	2	3	2	0.44
5	1	2	2	4	4	0.52
6	2	2	2	3	2	0.44
7	2	2	2	2	2	0.4
8	2	2	2	2	2	0.4

El resultado se encuentra con gran eficacia ( $>0.5$ ), donde obtuvimos un valor 0.69  
 =Acuerdo Fuerte, por lo tanto es válido para la realización del proyecto.

## ANEXO N°7



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**SOLICITO:** PERMISO PARA  
REALIZAR PRUEBA PILOTO DE MI  
PROYECTO DE INVESTIGACION

Dr. Manuel Fernando Castillo Sánchez

Jefe de la micro red vegueta

Yo Negumi Xiomara Trinidad Espinoza, identificada con DNI 74599583,  
Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad San Pedro,  
ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que recurro a su autoridad para solicitar a usted, me otorgue el permiso  
necesario para aplicar la prueba piloto de Proyecto de Tesis “**ESTRATEGIAS  
DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE DEPRESION EN USUARIOS CON  
TUBERCULOSIS DE LA MICRORED, HUALMAY-2017**”, ya que es  
necesario para poder continuar con el Estudio.

**POR LO EXPUESTO:**

Solicito a usted acceder a mi solicitud.

HUACHO, 10 DE ABRIL 2017

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL REGIONAL HUACHO Y SBS  
RED HUACHO Y SBS

M.C. MANUEL CASTILLO SANCHEZ  
Jefe de la micro red vegueta

U.B. 12/4/17

ATENTAMENTE,

Negumi Xiomara Trinidad Espinoza

DNI N° 74599583

## ANEXO N°8

### Análisis de Confiabilidad del Instrumento de Medición para el Cuestionario de la Variable Afrontamiento

El cuestionario cuenta con 28 Ítem y se aplicó la prueba piloto a 15 personas. Los datos fueron procesados en el Software Estadístico SPSS.

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	15	100,0

Como se observa en el cuadro de **Resumen de procesamiento de casos**, todos los datos procesados son sats válidos para la ejecución de la prueba.

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,820	28

Como se observa en el cuadro de **Estadísticas de fiabilidad**, se utilizó el Alfa de Crombach procesando los 28 Ítem del cuestionario obteniendo un valor de 0,820, lo cual nos indica que el instrumento tiene un nivel alto de

### Análisis de Confiabilidad del Instrumento de Medición para el Cuestionario de la Variable Nivel de Depresión

El cuestionario cuenta con 21 Ítem y se aplicó la prueba piloto a 15 personas e igual forma para esta variable.

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	15	100,0

Como se observa en el cuadro de **Resumen de procesamiento de casos**, todos los datos procesados son sats válidos para la ejecución de la prueba.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,844	21

Como se observa en el cuadro de **Estadísticas de fiabilidad**, se utilizó el Alfa de Crombach procesando los 21 Ítem del cuestionario obteniendo un valor de 0,844, lo cual nos indica que el instrumento tiene un nivel alto de confiabilidad.



Correlaciones – Afrontamiento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL	
Correlación de Pearson	1	,593*	,558*	,703*	,35*	,603*	,94*	,655*	,758*	,64*	,709*	,58*	,397	,45	,067	,411	,67	,139	,529*	,253	,073	,205	,352	,388	,139	, <sup>c</sup>	,275	,268	,04**	,8
Sig. (bilateral)		,020	,031	,003	,40	,017	,19	,008	,001	,29	,003	,31	,143	,08	,813	,128	,52	,621	,043	,362	,96	,464	,199	,153	,621		,322	,334	,00	,0
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Correlación de Pearson	,593*	1	,923*	,578*	,45	,515*	,90	,371	,519*	,88*	,337	,82	,022	,39	,146	,372	,64	,266	,110	,250	,209	,270	,707*	,694*	,304	, <sup>c</sup>	,109	,298	,58**	,6
Sig. (bilateral)	,020		,000	,024	,06	,049	,51	,173	,047	,21	,219	,69	,938	,22	,603	,172	,20	,337	,697	,369	,55	,330	,003	,004	,270		,698	,281	,08	,0
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Correlación de Pearson	,558*	,923**	1	,560*	,37	,432	,26	,285	,538*	,25*	,285	,20	,016	,17	,236	,283	,62	,327	,073	,403	,172	,164	,535*	,498	,286	, <sup>c</sup>	,117	,280	,86*	,5
Sig. (bilateral)	,031	,000		,030	,27	,108	,36	,303	,039	,44	,303	,19	,955	,77	,398	,307	,65	,234	,797	,136	,40	,560	,040	,059	,301		,677	,312	,22	,0
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Correlación de Pearson	,703**	,578*	,560*	1	,31	,768*	,09	,383	,469	,67**	,329	,60	,568*	,94	,132	,077	,84	,183	,112	,280	,15	,092	,346	,382	,504	, <sup>c</sup>	,329	,718**	,30*	,6

Sig. (bilateral)	, 003	, 024	, 030	, 41	, 001	, 55	, 158	, 078	, 00	, 231	, 69	, 027	, 46	, 639	, 786	, 04	, 513	, 691	, 313	, 58	, 745	, 206	, 160	, 055	, 231	, 003	, 12	, 0		
N	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5		
Correl ación de Pearson	, 535*	, 145	, 137	, 131	, 1	, 211	, 75	, 285	, 212	, 145	, 583*	, 57	, 188	, 40	, 000	, 207	, 404	, 307	, 692* *	, 372	, 397	, 443	, 021	, 023	, 460	, c	, 000	, 138	, 32	, 3
Sig. (bilateral)	, 040	, 606	, 627	, 641	, 450	, 34	, 303	, 449	, 07	, 023	, 87	, 502	, 88	, 000	, 458	, 36	, 266	, 004	, 172	, 43	, 098	, 941	, 935	, 084	, 000	, 625	, 27	, 2		
N	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	
Correl ación de Pearson	, 603*	, 515*	, 432	, 768* *	, 11	, 48	, 480	, 255	, 02*	, 495	, 65	, 644* *	, 67	, 252	, 211	, 074	, 279	, 244	, 027	, 17	, 226	, 331	, 421	, 524* *	, c	, 024	, 433	, 29**	, 7	
Sig. (bilateral)	, 017	, 049	, 108	, 001	, 50	, 94	, 070	, 358	, 18	, 061	, 81	, 010	, 78	, 366	, 450	, 93	, 315	, 381	, 924	, 79	, 419	, 228	, 118	, 045	, 934	, 107	, 02	, 0		
N	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	
Correl ación de Pearson	, 594*	, 390	, 326	, 209	, 75	, 448	, 816* *	, 654* *	, 65	, 618*	, 45**	, 330	, 45	, 140	, 524* *	, 38	, 244	, 379	, 229	, 58	, 325	, 100	, 220	, 244	, c	, 140	, 119	, 73**	, 7	
Sig. (bilateral)	, 019	, 151	, 236	, 455	, 34	, 094	, 000	, 008	, 39	, 014	, 01	, 229	, 96	, 618	, 045	, 25	, 381	, 163	, 411	, 75	, 237	, 724	, 431	, 381	, 619	, 672	, 01	, 0		
N	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	
Correl ación de	, 655**	, 371	, 285	, 383	, 85	, 480	, 16**	, 728*	, 20*	, 631*	, 82**	, 520*	, 89	, 172	, 356	, 000	, 299	, 332	, 210	, 93	, 133	, 061	, 202	, 299	, c	, 086	, 073	, 30**	, 8	



2	acción de Pearson	558*	482	420	160	57	365	45**	782*	581*	64	563*		290	93	180	,457	,185	,374	343	,143	,257	,125	153	221	327	c	000	149	68**
	Sig. (bilateral)	,031	,069	,119	,569	,87	,181	,01	,001	,023	,41	,029		,295	,90	,522	,087	,10	,170	,211	,612	,55	,658	,587	,428	,234		,000	,597	,07
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
3	Correlación de Pearson	,397	-,022	-,016	,568*	,88	,644*	,30	,520*	,326	,17*	,479	,90	1,77**	,6013	-,237	-,109	-,359	141	-,052	38	,1	218	-,135	-,149	-,152	c	-,079	-,385	72
	Sig. (bilateral)	,143	,938	,955	,027	,02	,010	,29	,047	,235	,48	,071	,95	06	,0963	,394	,99	,188	,616	,854	,23	,6	,435	,630	,595	,589		,779	,156	,76
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
4	Correlación de Pearson	,345	,139	,117	,394	,40	,367	,45	,389	,358	,81	,208	,93	677*	1	-,143	-,307	74	-,037	153	-,096	-,138	008	-,023	-,214	-,037	c	-,187	-,355	59
	Sig. (bilateral)	,208	,622	,677	,146	,88	,178	,96	,151	,190	,62	,456	,90	006		,611	,267	,95	,895	,586	,733	,23	,977	,936	,444	,895		,504	,194	,89
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
5	Correlación de Pearson	-,067	,146	,236	,132	,00	,252	,40	,172	,167	,75	,203	,80	013	-,143	1	,491	-,155	,274	,289	,129	,155	381	-,084	046	,274	c	570*	151	37
	Sig. (bilateral)	,813	,603	,398	,639	,000	,366	,18	,540	,552	,92	,469	,22	963	11		,063	,82	,323	,296	,647	,81	,162	,766	,870	,323		,026	,591	,95
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15



	5	5	5	5		5		5	5		5		5		5	5		5	5	5		5	5	5	5	5	5			
0	Correl ación de Pearson	- ,253	- ,250	- ,403	- ,280	- ,372	- ,027	,2 29	, 210	- ,033	- ,084	, 050	- ,143	- ,052	- ,096	- ,129	, 072	,1 51	- ,184	, 060	1	,7 37**	, 544*	- ,062	, 102	, 067	, c	, 337	, 394	, 98
	Sig. (bilateral)	, 362	, 369	, 136	, 313	,1 72	, 924	,4 11	, 452	, 908	, 66	, 861	,6 12	, 854	,7 33	, 647	, 799	,5 90	, 510	, 833		,0 02	, 036	, 827	, 718	, 812		, 220	, 146	, 27
	N	1 5	1 5	1 5	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 5	1 15	1 5	1 5	1 5	1 15	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 15
1	Correl ación de Pearson	- ,073	- ,209	- ,172	, 015	- ,397	, 117	,1 58	, 193	, 129	, 15	, 151	- ,257	, 138	- ,138	- ,155	- ,017	,3 78	- ,092	- ,159	, 737* *	1	, 636*	- ,269	- ,062	- ,092	, c	, 033	, 051	, 09
	Sig. (bilateral)	, 796	, 455	, 540	, 958	,1 43	, 679	,5 75	, 490	, 646	, 82	, 591	,3 55	, 623	,6 23	, 581	, 953	,1 65	, 743	, 572	, 002		, 011	, 333	, 825	, 743		, 907	, 857	, 00
	N	1 5	1 5	1 5	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 5	1 15	1 5	1 5	1 5	1 15	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 15
2	Correl ación de Pearson	- ,205	- ,270	- ,164	- ,092	- ,443	, 226	,3 25	, 133	- ,066	- ,059	, 037	- ,125	, 218	,0 08	, 381	, 159	,1 70	- ,222	- ,303	, 544* *	,6 36*	1	- ,233	- ,096	- ,222	, c	, 523* *	, 268	, 75
	Sig. (bilateral)	, 464	, 330	, 560	, 745	,0 98	, 419	,2 37	, 637	, 816	, 36	, 896	,6 58	, 435	,9 77	, 162	, 572	,5 45	, 426	, 273	, 036	,0 11		, 403	, 732	, 426		, 045	, 335	, 33
	N	1 5	1 5	1 5	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 15	1 5	1 5	1 15	1 5	1 5	1 5	1 15	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 15
3	Correl ación de Pearson	, 352	, 707**	, 535*	, 346	,0 21	, 331	,1 00	, 061	, 234	,3 52	, 222	,1 53	- ,135	- ,023	- ,084	- ,230	- ,099	, 394	, 253	- ,062	- ,269	- ,233	1	, 906* *	- ,262	, c	, 126	, 043	, 51
	Sig. (bilateral)	, 199	, 003	, 040	, 206	,9 41	, 228	,7 24	, 829	, 400	,1 98	, 427	,5 87	, 630	,9 36	, 766	, 410	,7 26	, 147	, 364	, 827	,3 33	403		, 000	, 345		, 656	, 880	, 91

[illegible]

	(bilateral)	322	698	677	231	000	934	19	761	475	58	878	000	779	04	026	431	83	464	872	220	07	045	656	623	716			006	50
	N	5	1	1	1	15	5	15	5	5	15	5	15	5	15	5	5	15	5	5	5	15	5	5	5	5	5	5	5	15
8	Correl ación de Pearson	-	-	-	,718**	,1	-	,1	,	-	-	,	,1	-	-	,	,	-	-	,	,	,0	,	-	-	,	,	,677*	,	-
	Sig. (bilateral)	,268	,298	,280	,003	,38	,433	,19	,073	,115	,616*	,022	,49	,385	,355	,151	,175	,355	,157	,093	,394	,51	,268	,043	,047	,629*	,c	,677*	,1	,039
	N	5	1	1	1	15	5	15	5	5	15	5	15	5	15	5	5	15	5	5	5	15	5	5	5	5	5	5	5	15
O T A L	Correl ación de Pearson	,804**	,658**	,586*	,630*	,32	,729*	,73**	,830*	,730*	,13*	,717*	,68**	,472	,59	,237	,337	,64	,077	,395	,098	,09	,175	,451	,548*	,010	,c	,168	,039	1
	Sig. (bilateral)	,000	,008	,022	,012	,27	,002	,01	,000	,002	,15	,003	,07	,076	,89	,395	,220	,20	,785	,145	,727	,00	,533	,091	,034	,971		,550	,890	
	N	5	1	1	1	15	5	15	5	5	15	5	15	5	15	5	5	15	5	5	5	15	5	5	5	5	5	5	5	15

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

\*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

c. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las variables es constante.

### Correlaciones-Depresión

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	T total
1 Correlación de	1	,53	,	-	,46	0,0	-	-	,80	,00	0,0	,04	,4	-	,0	,00	,	,	-	-	,0	,2



Pearson		5*	187	,196	5	00	,192	,075	2**	0	00	3	23	,047	83	0	351	415	,173	,131	39	86	
Sig. (bilateral)		,040	,504	,84	,081	1,000	,494	,789	,000	1,000	1,000	,879	,117	,868	,769	1,000	,199	,124	,539	,642	,890	,301	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
2 Correlación de Pearson	,535*	1	,225	-,105	,580*	0,000	-,102	-,242	,250	-,113	0	,414	,25	-,113	-,150	,155	-,149	-,230	,301	-,277	,105	-,083	,143
Sig. (bilateral)	,040		,420	,710	,023	1,000	,716	,385	,369	,689	,129	,361	,689	,53	,5982	,55	,595	,410	,275	,318	,710	,767	,612
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
3 Correlación de Pearson	,187	,225	1	-,220	,261	,091	-,215	-,014	,244	-,237	,215	-,073	,119	-,184	,093	-,157	-,044	,133	-,291	-,239	-,395	-,036	
Sig. (bilateral)	,504	,420		,430	,347	,748	,441	,960	,381	,394	,441	,796	,673	,511	,742	,576	,877	,636	,293	,391	,145	,899	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
4 Correlación de Pearson	-,196	-,105	-,220	1	,304	,190	,301	-,207	-,026	,580*	-,075	,627*	,083	,055	-,016	,439	,123	-,256	,406	,346	,337	,298	
Sig. (bilateral)	,484	,710	,430		,271	,498	,276	,459	,926	,023	,790	,012	,769	,845	,954	,102	,664	,357	,133	,206	,219	,280	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
5 Correlación de Pearson	,465	,58	,	,3	1	,06	,19	-,	,58	,60	,30	,75	-,	-,	,1	,27	,,	,,	,1	,3	,3	,5	

ción de Pearson		0*	261	04		0	0	,327	0*	3*	9	0**	,026	,087	28	7	266	368	28	65	15	62*
Sig. (bilateral)	,081	,02 3	, 347	,2 71		,83 2	,49 7	,23 4	,02 3	,01 7	,26 2	,00 1	,9 26	,75 8	,6 49	,31 7	, 337	, 177	,6 48	,1 81	,2 53	,0 29
N	15	15	1 5	1 5	15	15	15	15	15	15	15	15	1 5	15	1 5	15	1 5	1 5	15	15	15	15
6 Correla ción de Pearson	0,000	0,0 00	, 091	,1 90	,06 0	1 1	- ,074	,48 7	,06 5	,32 7	0,0 00	,25 1	,2 45	,90 7**	,5 61*	,10 8	, 076	, 172	,3 34	- ,127	,1 51	,4 81
Sig. (bilateral)	1,000	1,0 00	, 748	,4 98	,83 2		,79 3	,06 6	,81 9	,23 4	1,0 00	,36 7	,3 78	,00 0	,0 30	,70 1	, 789	, 539	,2 24	,6 53	,5 91	,0 70
N	15	15	1 5	1 5	15	15	15	15	15	15	15	15	1 5	15	1 5	15	1 5	1 5	15	15	15	15
7 Correla ción de Pearson	-,192	- ,102	- ,215	,3 01	,19 0	- ,074	1	,28 9	,12 8	,42 1	,67 6**	,46 4	,3 24	,00 0	- ,063	,68 6**	, 030	- ,250	,7 94**	,9 02**	,7 79**	,6 03*
Sig. (bilateral)	,494	,71 6	, 441	,2 76	,49 7	,79 3		,29 6	,64 9	,11 8	,00 6	,08 2	,2 39	1,0 00	,8 22	,00 5	, 916	, 368	,0 00	,0 00	,0 01	,0 17
N	15	15	1 5	1 5	15	15	15	15	15	15	15	15	1 5	15	1 5	15	1 5	1 5	15	15	15	15
8 Correla ción de Pearson	-,075	- ,242	- ,014	- ,207	- ,327	,48 7	,28 9	1	- ,010	,00 0	,17 3	- ,117	,4 46	,62 1*	,4 62	,42 1	, 283	- ,098	,5 20*	,0 59	,3 06	,4 49
Sig. (bilateral)	,789	,38 5	, 960	,4 59	,23 4	,06 6	,29 6		,97 2	1,0 00	,53 6	,67 7	,0 96	,01 3	,0 83	,11 8	, 308	, 727	,0 47	,8 34	,2 67	,0 93
N	15	15	1 5	1 5	15	15	15	15	15	15	15	15	1 5	15	1 5	15	1 5	1 5	15	15	15	15

9	Correlación de Pearson	,802**	,25	,	-	,58	,06	,12	-	1	,39	,02	,32	,5	,05	,2	,29	,	,	,1	,1	,3	,5
	Sig. (bilateral)	,000	,36	,	,9	,02	,81	,64	,97		,14	,92	,24	,0	,84	,4	,27	,	,	,6	,5	,1	,0
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
10	Correlación de Pearson	,000	,113	,237	,80*	,3*	,32	,42	,00	,39	1	,032	,84	,1	,35	,3	,61	,	,	,6	,4	,6	,7
	Sig. (bilateral)	1,000	,68	,394	,0	,01	,23	,11	1,0	,14		,90	,00	,6	,19	,2	,01	,	,	,0	,0	,0	,0
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
11	Correlación de Pearson	0,000	,41	,215	,075	,9	0,0	,67	,17	,02	-	1	,23	,0	-	-	,21	-	-	,3	,6	,3	,3
	Sig. (bilateral)	1,000	,12	,441	,7	,26	1,0	,00	,53	,92	,90		,40	,8	,70	,6	,44	,	,	,1	,0	,1	,1
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
12	Correlación de Pearson	,043	,25	,073	,6	,75	,25	,46	-	,32	,84	,23	1	,1	,17	,2	,67	,	-	,4	,6	,4	,6
	Sig. (bilateral)	,879	,36	,796	,0	,00	,36	,08	,67	,24	,00	,40		,5	,54	,4	,00	,	,	,0	,0	,0	,0
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	

				5	5									5		5		5	5				
1	Correla																						
3	ción de																						
	Pearson	,423	-	,	,0	-	,24	,32	,44	,56	,14	,06	,18	1	,23	,1	,61	,	-	,3	,2	,2	,5
		,113	,119	83	,026	5	4	6	5*	3	5	3	1	7	40	4*	429	,276	50	49	64	12	
	Sig.																						
	(bilateral)	,117	,68	,	,7	,92	,37	,23	,09	,02	,61	,81	,51	4	,39	,6	,01	,	,2	,3	,3	,0	
		9	673	69	6	8	9	6	8	2	8	5		19	5	111	320	01	72	42	51		
	N	15	15	1	1	15	15	15	15	15	15	15	15	1	15	1	1	1	15	15	15	15	
			5	5									5	5	5	5	5						
1	Correla																						
4	ción de																						
	Pearson	-,047	-	-	,0	-	,90	,00	,62	,05	,35	-	,17	,2	1	,5	,15	,	,	,3	-	,2	,4
		,150	,184	55	,087	7**	0	1*	6	6	,108	0	37	58*	7	176	133	88	,055	63	69		
	Sig.																						
	(bilateral)	,868	,59	,	,8	,75	,00	1,0	,01	,84	,19	,70	,54	,3	,0	,57	,	,1	,8	,3	,0		
		3	511	45	8	0	00	3	2	3	2	5	94	31	6	532	636	53	45	43	77		
	N	15	15	1	1	15	15	15	15	15	15	15	15	1	1	1	1	1	15	15	15	15	
			5	5									5	5	5	5	5						
1	Correla																						
5	ción de																						
	Pearson	,083	,15	,	-	,12	,56	-	,46	,20	,35	-	,20	,1	,55	1	,18	,	,3	-	,2	,5	
		5	093	,016	8	1*	,063	2	5	0	,127	0	40	8*	5	401	525*	43	,065	78	41*		
	Sig.																						
	(bilateral)	,769	,58	,	,9	,64	,03	,82	,08	,46	,20	,65	,47	,6	,03	9	,50	,	,2	,8	,3	,0	
		2	742	54	9	0	2	3	5	1	2	4	19	1	9	139	044	11	18	16	37		
	N	15	15	1	1	15	15	15	15	15	15	15	15	1	1	1	1	1	15	15	15	15	
			5	5									5	5	5	5	5						
1	Correla																						
6	ción de																						
	Pearson	,000	-	-	,4	,27	,10	,68	,42	,29	,61	,21	,67	,6	,15	,1	1	,	-	,6	,6	,6	,7
		,149	,157	39	7	8	6**	1	9	4*	4	6**	14*	7	85		567*	,365	94**	58**	11*	15**	
	Sig.																						
	(bilateral)	1,000	,59	,	,1	,31	,70	,00	,11	,27	,01	,44	,00	,0	,57	,5	,	,	,0	,0	,0	,0	
		5	576	02	7	1	5	8	9	5	3	6	15	6	09		027	181	04	08	16	03	


N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
7 Correlación de Pearson	,351	-,230	-,044	,123	,266	,076	,030	,283	,569*	,528*	-,389	0	,3129	,46	,1701	,47*	,561	,204	,323	,031	,372	,521*
Sig. (bilateral)	,199	,410	,877	,664	,337	,789	,916	,308	,027	,043	,152	,260	,111	,532	,139	,027	,466	,240	,914	,172	,047	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
8 Correlación de Pearson	,415	,301	,133	-,256	,368	,172	-,250	-,098	,373	,176	-,023	-,072	-,276	,133	,525*	-,365	,204	,161	-,0268	-,13	,255	,2
Sig. (bilateral)	,124	,275	,636	,357	,177	,539	,368	,727	,171	,531	,936	,799	,320	,636	,044	,181	,466	,828	,335	,446	,359	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
9 Correlación de Pearson	-,173	-,277	-,291	,406	,128	,334	,794**	,520*	,138	,612*	,397	,447	,350	,388	,343	,694**	,323	,061	,109*	,689**	,779**	
Sig. (bilateral)	,539	,318	,293	,133	,648	,224	,000	,047	,623	,015	,143	,095	,201	,153	,211	,004	,240	,828	,016	,000	,001	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
0 Correlación de Pearson	-,131	,105	-,239	,346	,365	-,127	,902**	,059	,157	,497	,602*	,644**	,249	-,055	-,065	,658**	,031	-,268	,609*	,659**	,565*	
Sig.	,642	,71	,	,2	,18	,65	,00	,83	,57	,05	,01	,01	,3	,84	,8	,00	,	,	,0	,0	,0	

(bilateral)		0	391	06	1	3	0	4	6	9	8	0	72	5	18	8	914	335	16		08	28
N	15	15	5	5	15	15	15	15	15	15	15	15	5	15	5	15	5	5	15	15	15	15
2 Correlación de Pearson	,039	-	-	,3	,31	,15	,77	,30	,37	,66	,38	,49	,2	,26	,2	,61	,	,	,8	,6	1	,7
Sig. (bilateral)	,890	,083	,395	,37	,5	1	9**	,6	0	0**	9	9	64	3	78	1*	372	213	,89**	,59**		
N	15	15	5	5	15	15	15	15	15	15	15	15	5	15	5	15	5	5	15	15	15	15
T Correlación de Pearson	,286	,14	,	,2	,56	,48	,60	,44	,59	,73	,38	,68	,5	,46	,5	,71	,	,	,7	,5	,7	1
Sig. (bilateral)	,301	,61	,	,2	,02	,07	,01	,09	,02	,00	,15	,00	,0	,07	,0	,00	,	,	,0	,0	,0	
N	15	15	5	5	15	15	15	15	15	15	15	15	5	15	5	15	5	5	15	15	15	15

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

\*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## ANEXO N°9

 **USP**  
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

*"Año del Buen Servicio al Ciudadano"*

18 MAYO 2017  
Recibido: *[Firma]*  
Registro: *[Firma]*

Huacho, Mayo 10 del 2017

**CARTA DE PRESENTACIÓN**  
N° 169-2017/USP-FLSH-DG

Señora:  
**Dra. MASSIEL TRINIDAD MENESES**  
Jefa de la Microred de Hualmay  
Presente -

Asunto: Autorización para Ejecución de Proyecto de Investigación

De mi especial consideración:

Reciba usted el saludo institucional de la Universidad San Pedro, asimismo sirva el presente para manifestarle que en nuestra universidad formamos profesionales competentes al servicio de la región.

Para tal efecto me permito presentar a la alumna **TRINIDAD ESPINOZA, Negumi Xiomara**, quien se encuentra desarrollando el "Taller de Titulación por Tesis en Enfermería", por tal motivo solicito la autorización correspondiente para que la mencionada participante realice la Ejecución de su Proyecto de Investigación, en el mes de mayo del presente año.

Conocedor de su espíritu de colaboración y apoyo, gesto que permitirá a nuestros alumnos fortalecer la formación profesional e insertar los conocimientos en el ejercicio de la práctica me despido de usted, renovándole los sentimientos de mi mayor consideración y estima.

Atentamente,

*[Firma]*  
Dra. Valeria  
C.c. Archivo  
WUMR/mfo

*[Firma]*  
Dra. Valeria

**RECTORADO:** Av. José Pardo 194 Chimbo / Puno - Tel.: 043 341078 / 342809 / 328034 Fax: 327606  
**CIUDAD UNIVERSITARIA:** - Los Pinos B s/n Urb. Los Pinos Tel.: 043 323505 / 326150 / 329486 - Bolognesi Av. Pío Bolognesi 421 Tel.: 345042

**Existe relación entre los Estilos de afrontamiento centrado en el problema y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**

Rho Spearman	Sig. aproximada	+ 0.7
--------------	-----------------	-------

Hipótesis Nula  $H_1$ : No existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento centrado en el problema y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

Hipótesis  $H_1$ : Existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento centrado en el problema y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017.

Al realizar la contratación de hipótesis con la prueba estadística se obtuvo que el valor del Sig. Aproximada es de 0,7 siendo este menor al valor de significancia, se concluye que hay evidencia suficiente para afirmar que existe relación directa, fuerza alta entre los estilos de afrontamiento centrado en el problema y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.



**Existe relación entre los estilos de afrontamiento centrado a la emoción y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**

Rho Spearman	Sig. aproximada	+0.6
--------------	-----------------	------

Hipótesis Nula  $H_2$ : No Existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento centrado en la emoción y el nivel de depresión, en usuarios con tuberculosis de la Micro red - Hualmay -2017.

Hipótesis  $H_2$ : Existe una relación significativa entre los estilos de afrontamiento centrado en la emoción y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red - Hualmay, 2017.

La evaluación con la prueba estadística para contrastar la hipótesis nos dio un valor del Sig. Aproximada de 0,6 siendo menor al valor de significancia, por lo tanto se llega a la conclusión que existe relación directa, fuerza alta entre los estilos de afrontamiento centrado en la emoción y la depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

**Existe relación entre el estilo de afrontamiento evitativo y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**

Rho Spearman	Sig. aproximada	+0.3
--------------	-----------------	------

Hipótesis Nula  $H_3$ : No Existe una relación significativa entre los estilos de estrategia de afrontamiento evitativo y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

Hipótesis  $H_3$ : Existe una relación significativa entre el estilo evitativo y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

La evaluación con la prueba estadística para contrastar la de hipótesis nos dio un valor del Sig. Aproximada de 0,3 siendo este menor al valor de significancia, por lo tanto, se llega la conclusión que existe relación directa, fuerza moderada entre el estilo de afrontamiento evitativo y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

**Existe relación entre los Estilos de Estrategia de Afrontamiento y Nivel de depresión en usuarios con tuberculosis -2017**

Rho Spearman	Sig. aproximada	+0.8
--------------	-----------------	------

Hipótesis Nula  $H_4$ : No Existe una relación significativa entre los estilos de estrategia de afrontamiento evitativo y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

Hipótesis  $H_4$ : Existe una relación significativa entre los estilos de estrategia de afrontamiento y el nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

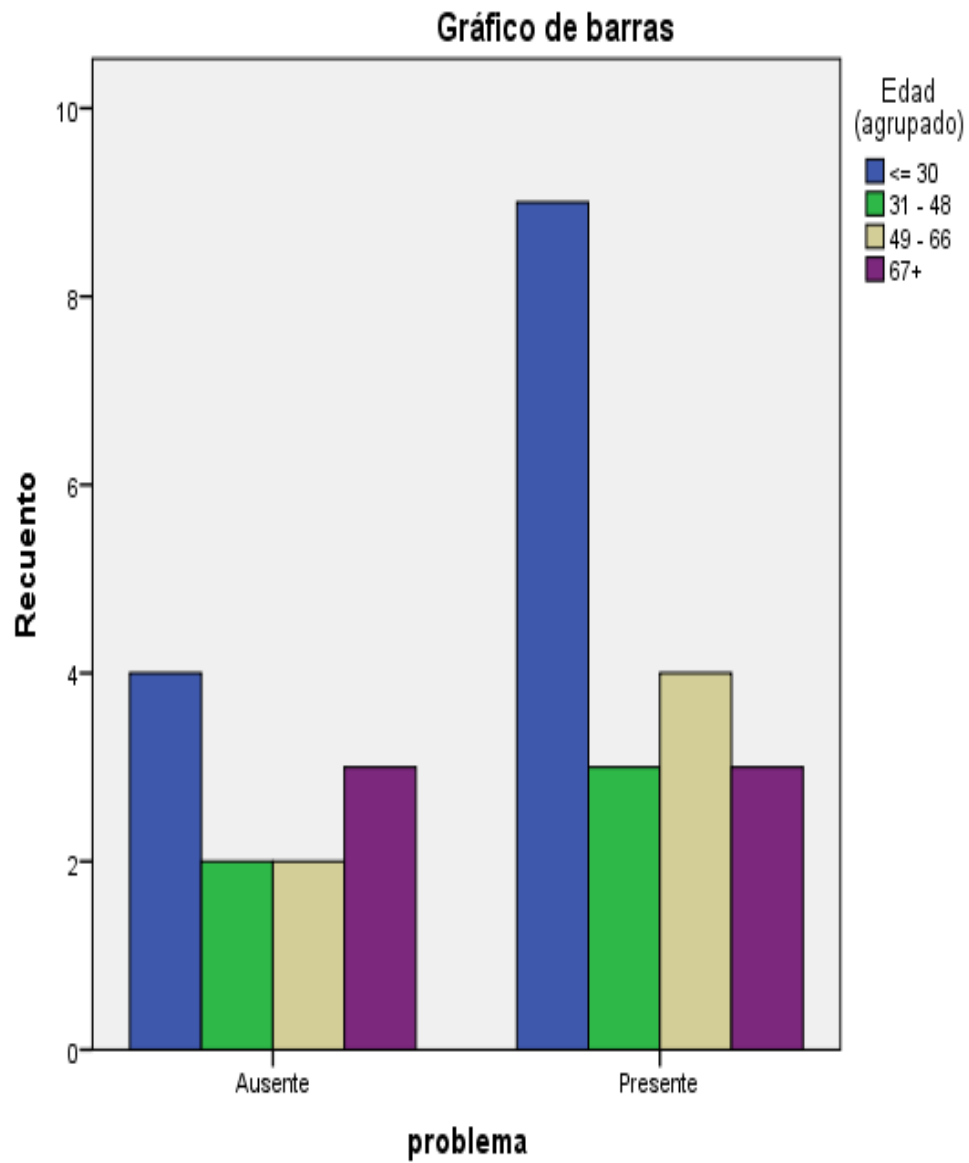
La evaluación con la prueba estadística para contrastar la hipótesis nos dio un valor del Sig. Aproximada de 0,8 siendo este menor al valor de significancia, por lo tanto, se llega la conclusión que existe relación directa, fuerza alta entre los estilos de estrategia de afrontamiento y nivel de depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red, Hualmay -2017.

**Tabla 11: Estilos de estrategia de Afrontamiento centrado en el problema y Edad en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay, 2017.**

			Edad (agrupado)				Total
			<= 30	31 - 48	49 – 66	67+	
problema	Ausente	Recuento	4	2	2	3	11
		% dentro de problema	36,4%	18,2%	18,2%	27,3%	100,0 %
	Presente	Recuento	9	3	4	3	19
		% dentro de problema	47,4%	15,8%	21,1%	15,8%	100,0 %
Total		Recuento	13	5	6	6	30
		% dentro de problema	43,3%	16,7%	20,0%	20,0%	100,0 %

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay, 2017.*

**Gráfico 11: Estilos de estrategia de Afrontamiento centrado en el problema y Edad en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay, 2017.**



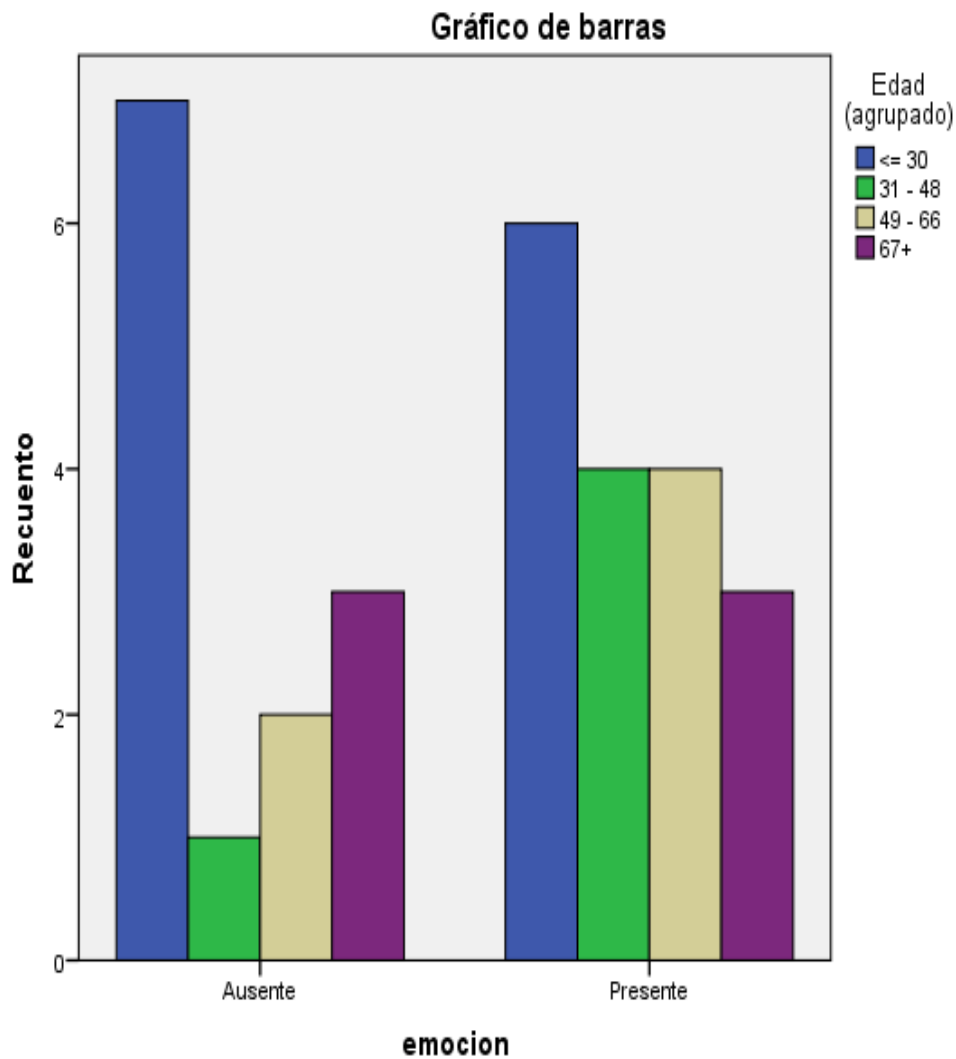
*Fuente: Tabla 11*

**Tabla 12: Estilos de estrategia de afrontamiento centrado en la emoción y Edad en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay, 2017.**

		Edad (agrupado)				Total
		<= 30	31 – 48	49 - 66	67+	
Centrado en la emoción	Ausente					
	Recuento	7	1	2	3	13
	% dentro de emoción	53,8%	7,7%	15,4%	23,1%	100,0 %
	Recuento	6	4	4	3	17
	Presente					
	% dentro de emoción	35,3%	23,5%	23,5%	17,6%	100,0 %
Total	Recuento	13	5	6	6	30
	% dentro de emoción	43,3%	16,7%	20,0%	20,0%	100,0 %

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay,2017.*

**Gráfico 12: Estilos de estrategia de afrontamiento centrado en la emoción y Edad en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay, 2017.**



*Fuente: Tabla 1*

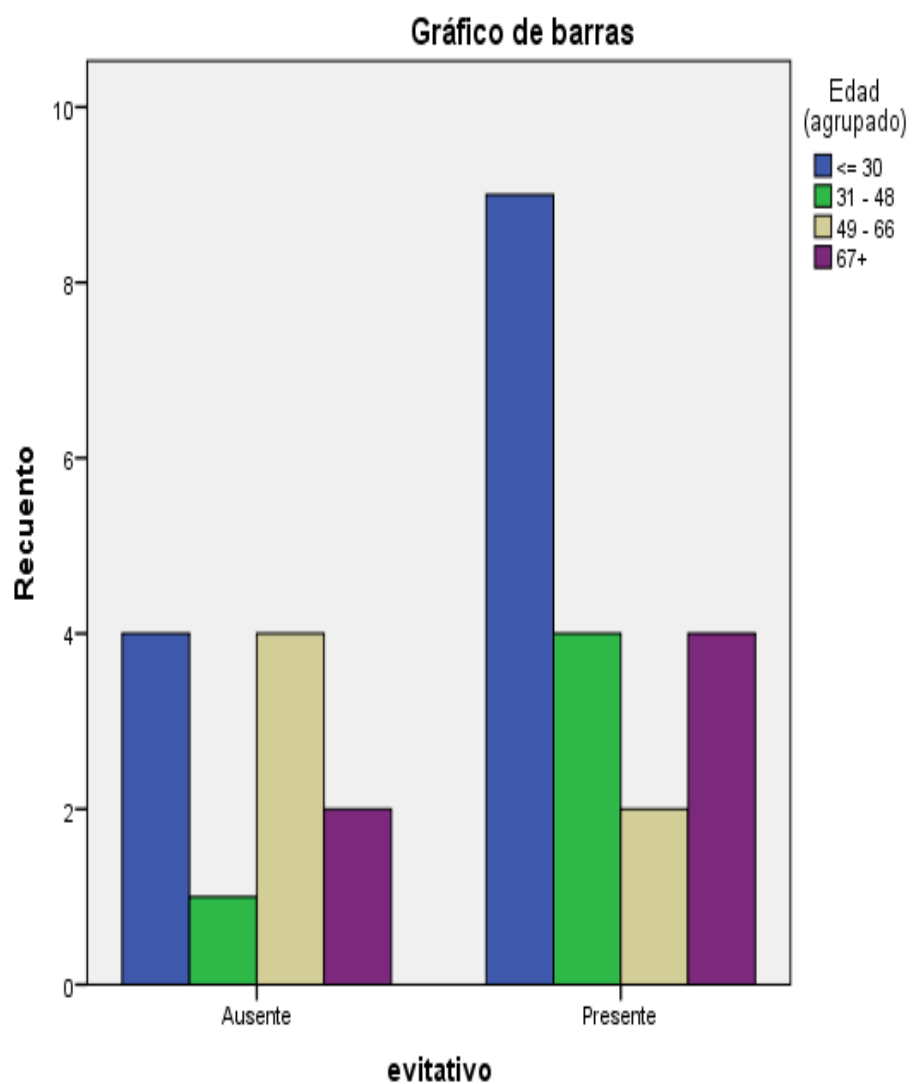
**Tabla 13: Estilos de afrontamiento evitativo en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay, 2017.**

			Edad (agrupado)				Total
			<= 30	31 – 48	49 - 66	67+	
Estilo evitativo	Ausente	Recuento	4	1	4	2	11
		% dentro de evitativo	36,4%	9,1%	36,4%	18,2%	100,0 %
	Presente	Recuento	9	4	2	4	19
		% dentro de evitativo	47,4%	21,1%	10,5%	21,1%	100,0 %
Total							
		Recuento	13	5	6	6	30
		% dentro de evitativo	43,3%	16,7%	20,0%	20,0%	100,0 %

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay,2017.*



**Gráfico 13: Estilos de afrontamiento evitativo en usuarios con tuberculosis de la Micro red- Hualmay, 2017.**



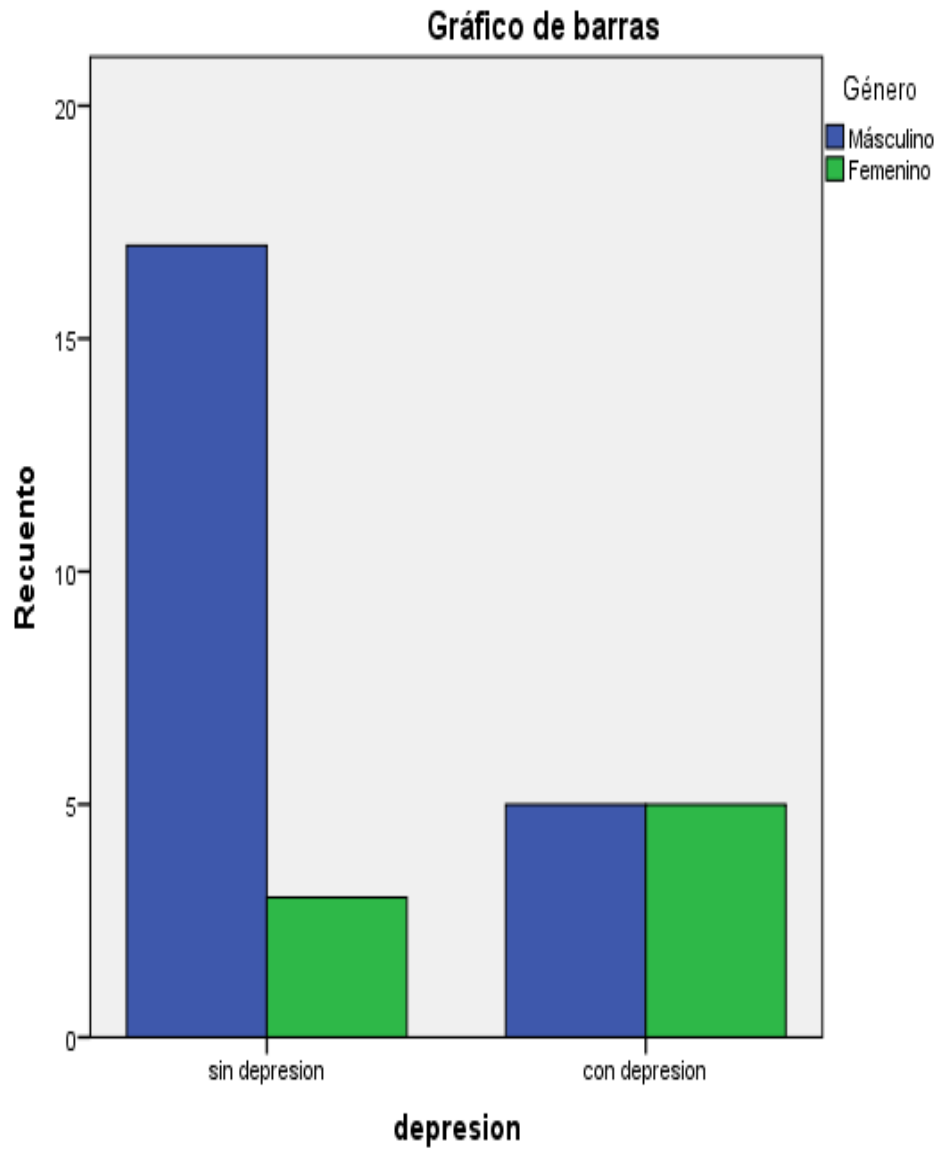
*Fuente: Tabla 13*

**Tabla 14: Nivel de Depresión y Género en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017.**

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Nivel de depresión	Sin depresión	Recuento	17	3	20
		% dentro de depresión	85,0%	15,0%	100,0%
	Con depresión	Recuento	5	5	10
		% dentro de depresión	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento		22	8	30
	% dentro de depresión		73,3%	26,7%	100,0%

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay,2017.*

**Gráfico 14: Nivel de Depresión y Género en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017.**



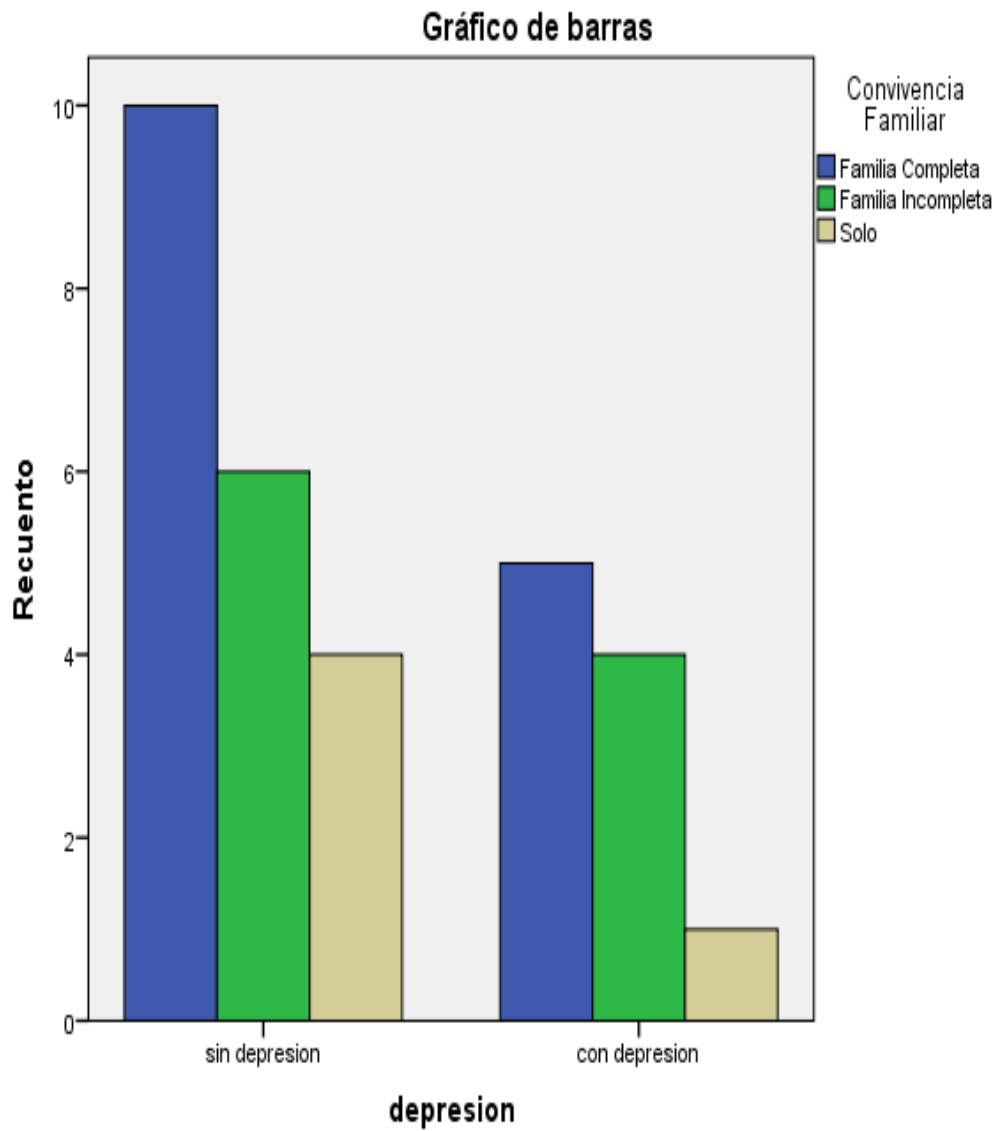
*Fuente: Tabla 14*

**Tabla 15: Convivencia Familiar y Nivel de Depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017**

			Convivencia Familiar			Total	
			Familia Completa	Familia Incompleta	Solo		
Nivel de depresión	Sin depresión	Recuento	10	6	4	20	
		% dentro de depresión	50,0%	30,0%	20,0 %	100,0%	
	Con depresión	Recuento	5	4	1	10	
		% dentro de depresión	50,0%	40,0%	10,0 %	100,0%	
	Total		Recuento	15	10	5	30
			% dentro de depresión	50,0%	33,3%	16,7 %	100,0%

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay,2017.*

**Gráfico 15: Convivencia Familiar y Nivel de Depresión en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017**



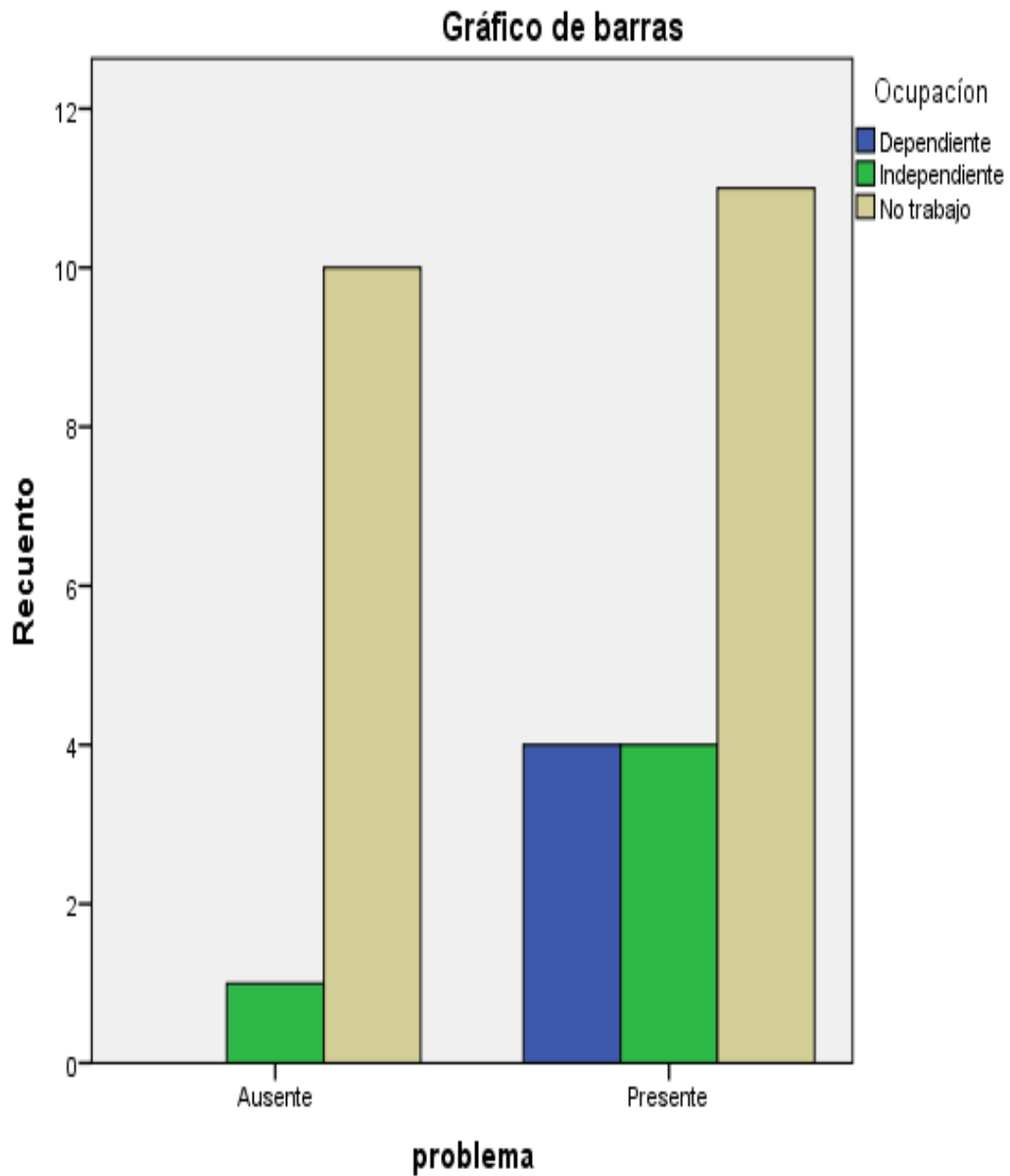
*Fuente: Tabla 15*

**Tabla 16: Ocupación y Estilos de Estrategia de Afrontamiento centrado en el problema en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay,2017**

Ocupación			Total			
			Dependiente	Independiente	No trabajo	
			0	1	10	11
Centrado en el problema	Ausente	Recuento				
		% dentro de problema	0,0%	9,1%	90,9%	100,0%
	Presente	Recuento	4	4	11	19
		% dentro de problema	21,1%	21,1%	57,9%	100,0%
Total		Recuento	4	5	21	30
		% dentro de problema	13,3%	16,7%	70,0%	100,0%

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay,2017*

**Gráfico 16: Ocupación y Estilos de Estrategia de Afrontamiento centrado en el problema en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017**



*Fuente: Tabla 16*

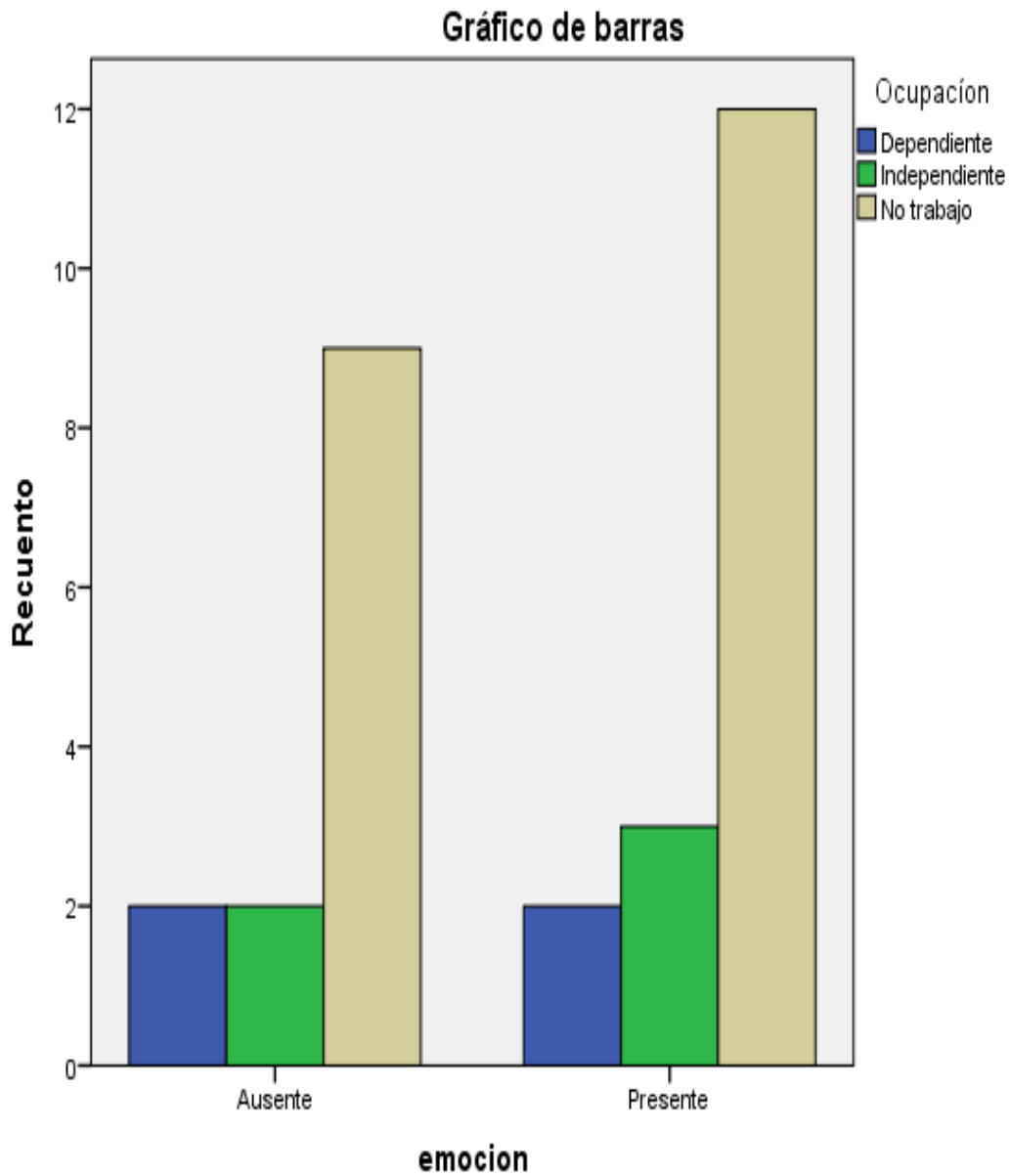
**Tabla 17: Ocupación y Estilos de Estrategia de Afrontamiento centrado en la emoción en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay,2017**

			Ocupación			Total
			Dependiente	Independiente	No	
			trabajo			
Centrado en la emoción	Ausente	Recuento	2	2	9	13
		% dentro de emoción	15,4%	15,4%	69,2%	100,0 %
	Presente	Recuento	2	3	12	17
		% dentro de emoción	11,8%	17,6%	70,6%	100,0 %
Total		Recuento	4	5	21	30
		% dentro de emoción	13,3%	16,7%	70,0%	100,0 %

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay,2017.*



**Gráfico 17: Ocupación y Estilos de Estrategia de Afrontamiento centrado en la emoción en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017**



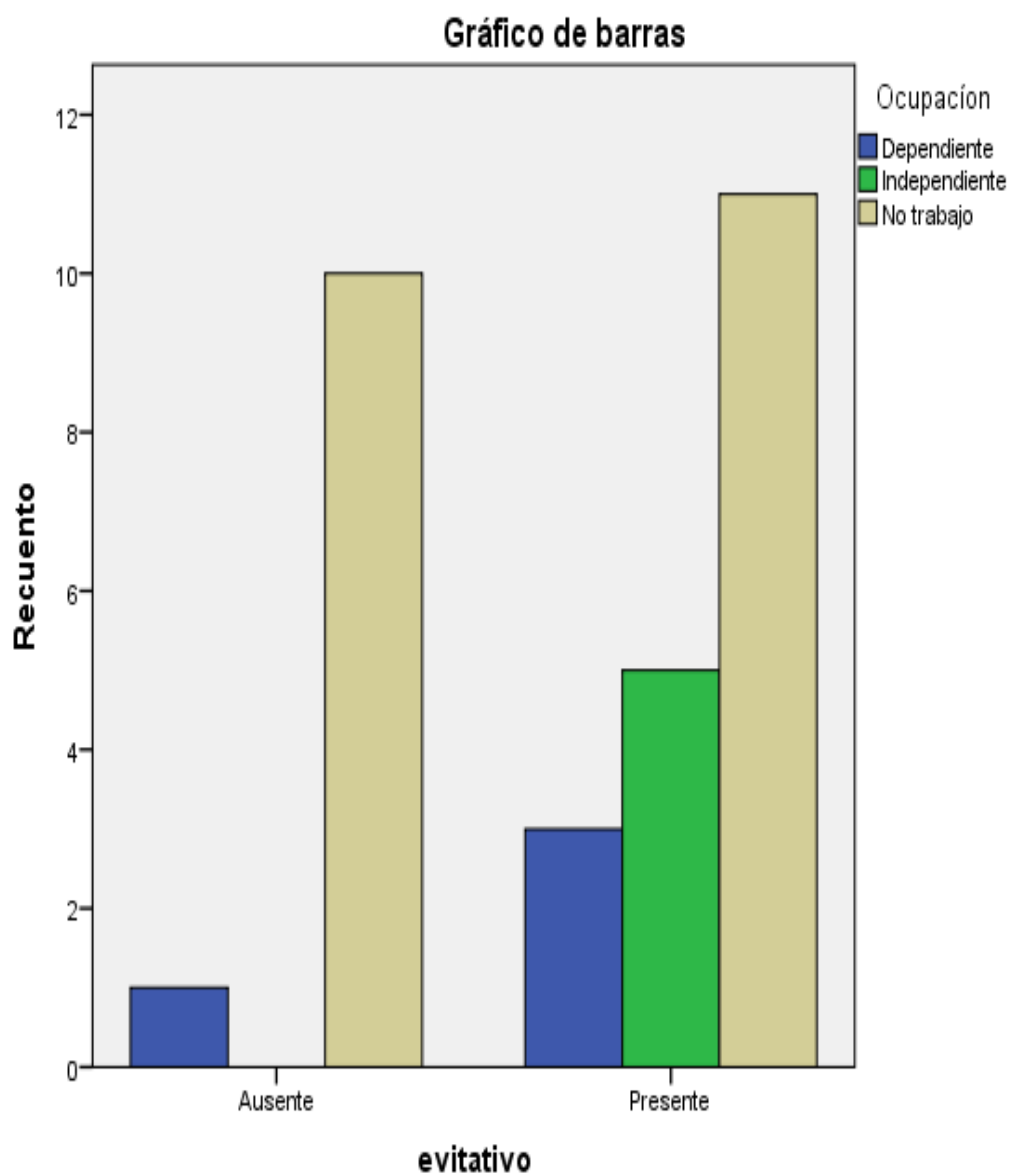
*Fuente: Tabla 17*

**Tabla 18: Ocupación y Estilos de Estrategia de Afrontamiento evitativo en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017**

		Ocupación			Tota
					I
		Dependiente	Independiente	No trabajo	
		1	0	10	11
Recuento					
Ausente					
Estilo evitativo	% dentro de evitativo	9,1%	0,0%	90,9%	100,0%
	Recuento	3	5	11	19
Presente					
	% dentro de evitativo	15,8%	26,3%	57,9%	100,0%
		4	5	21	30
Recuento					
Total					
	% dentro de evitativo	13,3%	16,7%	70,0%	100,0%

*Fuente: Cuestionario aplicado en el mes de mayo, Micro red –Hualmay,2017.*

**Gráfico 18: Ocupación y Estilos de Estrategia de Afrontamiento evitativo en usuarios con tuberculosis de la Micro red – Hualmay, 2017**



*Fuente: Tabla 18*

## ANEXO N°10



### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 328-2017-USP-FCS/D

Chimbote, marzo 23 del 2017

Visto la solicitud que presenta la alumna **NEGUMI XIOMARA TRINIDAD ESPINOZA**, con código N° 1611100322, de la Escuela Profesional de Enfermería – Filial Huacho, sobre **DESIGNACIÓN DE PROFESOR ASESOR PARA ELABORAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN USUARIOS CON TUBERCULOSIS DE LA MICRO RED HUALMAY 2017”**.

#### CONSIDERANDO:

Que, la recurrente ha elegido la opción de presentar y sustentar Trabajo de Investigación, para optar el Título Profesional conforme al Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro Arts. 14° y 15°.

Que, de acuerdo al Art. 20° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, es requisito el nombramiento de una Profesora Asesora desde la elaboración del Proyecto.

#### SE RESUELVE:

Artículo Primero.- **DESIGNAR al Lic. Manuel Enrique Pimentel Abrigo, como PROFESOR ASESOR de la alumna: NEGUMI XIOMARA TRINIDAD ESPINOZA.**

Artículo Segundo.- **EL PROFESOR ASESOR, deberá emitir al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud un Informe de Culminación de Asesoramiento de Tesis.**

#### REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

EWZLL/cmb.-  
c.c.: Profesor Asesor,  
Huacho,  
Interesada,  
Expediente,  
Archivo.

*[Firma]*  
Dr. Eber Wilfredo Zavaleta Llanos  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**RECTORADO:** Av. José Pardo 194 Chimbote / Perú - Telf.: 043 341078 / 342809 / 328034 Fax: 327896  
**CIUDAD UNIVERSITARIA:** - Los Pinos B s/n. Urb. Los Pinos Telf.: 043 323505 / 326150 / 329486 - Bolognesi Av. Fco. Bolognesi 421 Telf.: 345042  
- Nuevo Chimbote D1 -1 Urb. Las Casuarinas - Telf.: 043 312842 - San Luis Nuevo Chimbote Telf.: 043 319704  
**OFICINA CENTRAL DE ADMISIÓN:** Esq. Aguirre y Espinar - Telf.: (043) 345899 - www.usanpedro.edu.pe - facebook/ Universidad San Pedro

## ANEXO N°11



### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 576-2017-USP-FCS/D

Chimbote, marzo 30 del 2017

Visto la solicitud que presenta la Srta. **NEGUMI XIOMARA TRINIDAD ESPINOZA**, con código N° 1611100322, de la Escuela Profesional de Enfermería - Filial Huacho, sobre **APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESIGNACIÓN DE JURADO EVALUADOR PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

#### CONSIDERANDO:

Que, la recurrente ha presentado el Proyecto de Investigación para su revisión y aprobación.

Que, la recurrente ha elegido la opción de presentar y sustentar Proyecto de Investigación para obtener el Título Profesional conforme al Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, Arts. 14° y 15°.

Que, de conformidad con el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, Arts. 15°, 16° y 17°.

#### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Designar el Jurado Evaluador del Proyecto de Investigación sobre el tema: **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN USUARIOS CON TUBERCULOSIS DE LA MICRO RED HUALMAY 2017"**

El Jurado estará conformado por los señores profesores:

- |  |             |
|--|-------------|
| ✓ Lic. Nora Purizaca Ramos                     | Presidente  |
| ✓ Mg. Margarita Betzabe Velásquez Oyola        | Miembro     |
| ✓ Mg. María Aurora del Rosario Donayre Navarro | Miembro     |
| ✓ Lic. Gladys Blanca Muñoz Toledo              | Accesitario |


**Artículo Segundo. -** Dicho Jurado deberá presentar a la Dirección de la Escuela de Enfermería el Dictamen del citado Proyecto, en un plazo no mayor de **DIEZ DIAS HÁBILES**, contados a partir de la fecha de la presente Resolución.

**Artículo Tercero. -** La Directora de Escuela elevará al Decanato de la Facultad el Dictamen de Aprobación del Proyecto por el Jurado Evaluador.

#### REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

EWZLL/cmb.

c.c.: Miembros del Jurado (4),  
Huacho,  
Interesada,  
Expediente  
Archivo.

  
**Dr. Eber Wilfredo Zavaleta Llanos**  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**RECTORADO:** Av. José Pardo 194 Chimbote / Perú - Telf.: 043 341078 / 342809 / 328034 Fax: 327896  
**CIUDAD UNIVERSITARIA:** - Los Pinos B s/n. Urb. Los Pinos Telf.: 043 323505 / 326150 / 329486 - Bolognesi Av. Fco. Bolognesi 421 Telf.: 345042  
- Nuevo Chimbote D1 -1 Urb. Las Casuarinas - Telf.: 043 312842 - San Luis Nuevo Chimbote Telf.: 043 319704  
**OFICINA CENTRAL DE ADMISIÓN:** Esq. Aguirre y Espinar - Telf.: (043) 345899 - www.usanpedro.edu.pe - facebook/ Universidad San Pedro

## ANEXO N°12



**USP**  
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DECANATO

*"Año del Buen Servicio al Ciudadano"*

Chimbote, noviembre 29 de 2017

#### **RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 3062-2017-USP-FCS/D**

Visto la solicitud que presenta la estudiante **NEGUMI XIOMARA TRINIDAD ESPINOZA**, con código N° 1611100322 de la Escuela Profesional de Enfermería de la Filial Huacho, sobre aprobación de Trabajo de Investigación y Programación de Fecha y Hora de Sustentación.

#### **CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo al Artículo 10º numeral 10.15 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, el Decano de Facultad, designa el lugar, fecha y hora de sustentación del Trabajo de Investigación.

Que, la asesora del trabajo de Investigación Lic. Manuel Pimentel Abrigo, asignado mediante Resolución N° 328-2017, ha presentado el informe favorable con fecha 22 de noviembre de 2017.

Que, el Jurado Evaluador, asignado mediante Resolución N° 576-2017, ha presentado el Dictamen de Evaluación favorable con fecha 08 setiembre de 2017.

#### **SE RESUELVE:**

**Artículo Primero.** - El Acto de Sustentación del trabajo de Investigación denominado: **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN USUARIOS CON TUBERCULOSIS DE LA MICRO RED HUALMAY, 2017**; la estudiante **NEGUMI XIOMARA TRINIDAD ESPINOZA**; se realizará en el Auditorio de la Filial Huacho; el día 14/12/2017 a horas 6.00pm.

**Artículo Segundo.** - El Presidente del Jurado Evaluador integrado por: Lic. Nora Purizaca Ramos (Presidente), Mg. Margarita Betzabe Velásquez Oyola (Secretario) y Mg. María Aurora del Rosario Donayre Navarro (vocal), conducirá el acto de sustentación. Posteriormente firmarán el acta respectiva consignando las siguientes calificaciones: aprobado por unanimidad, aprobado por mayoría o desaprobado y adjuntará las recomendaciones.

#### **REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**

AMNG/cmb. -

C.C.: Jurado Evaluador,  
Huacho,  
Interesada,  
Archivo.

**M.N. Ana María Nazario García**  
DECANA (e)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**www.usanpedro.edu.pe**

**Ciudad Universitaria: Urb. Los Pinos S/N**



## ANEXO N°13



### **ACTA DE SUSTENTACIÓN**

En la ciudad de Huacho, siendo las 18.00 horas, del día 14 del mes Diciembre del 2017, con Resolución de Decanato N° 3062 – 2017 – USP – FCS/D se reunió el Jurado Evaluador integrado por:

Lic. Nora Purizaca Ramos (Presidente), Lic. Margarita Betzabé, Velásquez Oyola (secretario) y Mg. María Aurora Del Rosario Donayre Navarro (Vocal) y Gladys Blanca, Muñoz Toledo (Accesitario), con el objeto de llevar a cabo la **SUSTENTACIÓN** del trabajo de investigación presentado por la Bachiller en Enfermería **TRINIDAD ESPINOZA, NEGUMI XIOMARA** titulado: **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN USUARIOS CON TUBERCULOSIS DE LA MICRO RED HUALMAY, 2017”**

Efectuada la sustentación y después de formular las correspondientes preguntas a la Bachiller, el jurado evaluador en sesión deliberativa y secreta emitió el DICTAMEN de

### **APROBADO POR MAYORÍA**

Acto seguido fue llamado la Bachiller **TRINIDAD ESPINOZA, NEGUMI XIOMARA** a quien la señora secretaria del Jurado Evaluador le dio a conocer en público, el resultado obtenido en la sustentación

Siendo las 19:00 horas, se dio por terminado dicho acto y firmaron

  
Lic. Nora Purizaca Ramos  
Presidente

  
Mg. Margarita Betzabé, Velásquez Oyola  
Secretario

  
Mg. María Aurora Del Rosario Donayre Navarro  
Vocal